REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail – Liberté – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION GENERAL DE LA SANTE

- DIVISION DE LA PREVENTION DES MALADIES INVALIDANTES -

ATELIER D'ADOPTION ET DE VALIDATION DES DOCUMENTS DE LA POLITIQUES NATIONALE ET DU PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE L' ULCERE DE BURULI AU TOGO

RAPPORT GENERAL DE L'ATELIER

Lomé, du 1er au 03 juillet 2007

TABLE DES MATIERES

Pages

Introduction……..…….……..4
Présentation des allocutions…..…..…….…….…….....5
Présentation des communications……..……7
Les groupes de travail ……..……11

ANNEXE PREMIERE PARTIE :
Intégralité des allocutions et documents
Déclaration de Yamoussoukro……...17
Allocution DAHW……...18
Allocution HI …….....19
Allocution OMS ……..…...22
Allocution du Min. de la santé ……..……25
Conclusion générale ……..

Les Présentations
Situation de l'UB / Rôle de l'OMS……..…..…… 27
Présentation des fiches de suivi et de traitement ……...…… 34
Modèle de registre UB…… 35
Cartographie de la maladie…….……...……45
Fiche d'enregistrement des d'UB…….....…52
Remplissage du registre……...…….. 54
Cartographie de la maladie /registre UB……...…….. 57
Demande de confirmation de laboratoire……...……..41
Rapport trimestriel……...…… 42
Rapport annuel page 1……...……45
Fiche de notification individuelle……..
Exemple de données élémentaires…….
Fiche de suspicion communautaire …….. ……..54
Analyse de la situation de la lutte contre l'UB dans le sud-Togo……..55
Etat de la situation de la lutte au Togo …….....63
Etude sociologique sur l'UB au Togo ……67
Proposition pour la structuration du plan de lutte au Togo
(Dr Asiedu Kingsley de l'OMS) …….....75

ANNEXE DEUXIEME PARTIE:
Documents finaux de l'Atelier

Politique Nationale de lutte contre l'UB ……

I- **Contexte** ……
II- Buts et objectifs……..

ANNEXE AU DOCUMENT DE POLITIQUE NATIONAL ……

Plan stratégique de lutte 2008 - 2012…….**83**
Préface……..**84**
Liste des abréviations…….**85**
Présentation schématique du circuit des données ……..……...……**105**
Cadre logique de mise en œuvre …….**106**
Liste des participants ……..……**118**

INTRODUCTION

Les 1ers, 02 et 03 août 2007, **Handicap International** a organisé en collaboration avec **la DAHW et l'OMS** sous le patronage du **Ministère de la Santé togolais**, un atelier d'étude et de la validation des documents de politique nationale et du plan stratégique de lutte contre l'ulcère de Buruli au Togo. Cet atelier a rassemblé des coordonnateurs de programmes nationaux de lutte contre l'ulcère de Buruli
(PNLUB) des pays voisins du Togo (Ghana, Bénin), des experts de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS AFRO et OMS Genève), de l'Association allemande de lutte contre la lèpre – DAHW-, de Handicap International, des cadres des différents services techniques du ministère de la santé togolais ainsi que des représentants des ONG nationales et internationales et de la société civile engagées dans la lutte contre les maladies invalidantes au Togo.
Pendants trois jours, les locaux de la FOPADESC à Agoégnivé à Lomé, ont servi à peaufiner le document national élaboré par le Togo en vue d'insuffler une nouvelle dynamique à la gestion dudit programme, et disposer d'un cadre cohérent d'intervention des différents acteurs du système.

Le constat général est que depuis la description du premier cas en 1995 en passant par la mise en place du Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli en 1999, très peu de progrès a été réalisé en matière de lutte contre l'endémie au Togo. La preuve la plus criarde en est l'absence d'un Acte officiel qui traduise la volonté politique des autorités et fixes les normes de l'action à mener ; c'est pourquoi cet atelier définit son importance à plusieurs titres, et l'on peut résumer ses objectifs en trois grandes lignes, à savoir :

- Partager et exploiter les expériences et les stratégies de lutte réalisées par les autres pays dans le domaine de la lutte contre l'ulcère de Buruli
- Etudier, amender et adopter les projets de politique nationale et de plan stratégique élaborés par le Togo pour la mise en œuvre de son mécanisme de lutte contre l'ulcère de Buruli.
- Mettre sur pieds un plan d'actions quinquennal 2008-2012.

L'OUVERTURE OFFICIELLE

Les travaux de cet atelier ont été ouverts à 8h 47 par un mot de bienvenue du docteur ATTISSO, Coordonnateur du Programme National de lutte contre l'ulcère de Buruli. Après le mot de bienvenue du directeur, les autorités présentes sont intervenues dans l'ordre suivant :

- Intervention du Préfet du Golfe

La première autorité administrative de la préfecture du Golfe Monsieur **DADJA BOROMCOM** a salué les participants de cet atelier et leur a souhaité la bienvenue sur son territoire, pour une action aussi importante. Dans son mot de bienvenue, il a tenu à rappeler l'importance de nos cultures et traditions, c'est pourquoi il a recommandé les travaux de cet atelier à Dieu tout-puissant et aux mannes de nos ancêtres. C'est en ces termes qu'il exprima sa totale confiance et ses bons vœux de succès aux travaux de cet atelier, pour le bonheur des populations Togolaises victimes des maladies invalidantes, spécialement celles de l'ulcère de Buruli.

- Intervention du Représentant de DAHW

M. Franz WIEDEMANN, représentant résident de la DAHW au Togo, a félicité Handicap International et les autorités togolaises pour ce nouvel élan qu'ils insufflent à la lutte contre cette maladie invalidante qui constitue un grand frein au développement. Il a ensuite réitéré le soutien de son organisation aux actions qu'entreprendront les acteurs de cette lutte. En peu de mots, il a souhaité plein succès aux travaux de l'atelier. (*Copie aux annexes*)

- L'allocution du Représentant de HANDICAP International

Pour sa part, le Directeur des ressources techniques de HANDICAP INTERNATIONAL **JEAN MARC JOUINEAU** a transmis la salutation du siège de HI à Lyon, puis félicité l'Etat togolais pour sa mobilisation contre l'UB. Il nourrit l'espoir que le Togo, par ce sursaut, puisse rattraper le retard qu'il a pris par rapport aux pays voisins dans la lutte contre l'ulcère de Buruli. Il a d'abord pris le soin de présenter sommairement le visage de la maladie depuis ses premières apparitions jusqu'aux complications finales, puis pour terminer, il a exprimé sa reconnaissance à la société pharmaceutique SANOFI- AVENTIS et à la Coopération Française pour leur soutien financier à la réalisation de cet atelier. Il a terminé en renouvelant la promesse du soutien de son Institution au gouvernement togolais dans la lutte pour l'atténuation des souffrances des populations togolaises victimes de cette maladie. (Copie aux annexes)

- L'Intervention du Représentant OMS

Le Représentant de l'OMS au Togo **Dr Kadri TANKARI** s'est aussi félicité de cette démarche ; il a ensuite exprimé sa confiance par rapport à ce mécanisme, étant donné l'expérience qu'il reconnaît pour le Togo en matière de gestion de proximité des situations de santé, en l'occurrence la gestion des maladies liées à la pauvreté. Il a ensuite salué la collaboration entre le Togo et ses pays voisins cette dans la lutte contre la maladie de l'Ulcère de Buruli, plus spécialement dans la préparation de cet atelier. (Copie aux annexes)

- Le discours d'ouverture solennelle du ministre de la sante…
Monsieur le Ministre de la santé pour sa part, a salué la mobilisation des professionnels de la santé, plus spécialement les organisations internationales dans le cas de cette maladie, parce que, reconnaît-il, « *au Togo, l'UB fait partie des maladies négligées telles que reconnues par l'OMS ; il constitue un problème majeur de santé de nos communautés* ». Il a rappelé que cette action rejoint simplement l'une des priorités du gouvernement togolais en matière de santé publique ; c'est pourquoi le gouvernement prêtera la plus grande attention aux résultats que produiront les travaux de cet atelier.
Il a finalement exprimé toute sa gratitude à Handicap International pour les études et le financement de l'atelier, ainsi qu'à l'OMS et la DAHW pour leur appui technique et financier. Il exhorta les uns et les autres à examiner avec minutie tous les détails de ce document afin d'y apporter les améliorations nécessaires ; et pour ce qui le Gouvernement togolais, le ministre a exprimé l'engagement du gouvernement à assumer les responsabilités qui sont les siennes dans cette lutte. Ce fut à ces mots qu'il ouvrit officiellement les travaux de cet atelier.

Après le discours d'ouverture du Ministre de la Santé, un film documentaire intitulé « **briser le silence** » Ces images retracent dans un développement global toute la réalité de l'ulcère de Buruli, en vue de conscientiser l'assistance sur l'ampleur du sujet qui rassemble les participants de cet atelier. On s'y rend compte de l'atrocité des sévices auxquelles l'ulcère du Buruli soumet l'individu, spécialement les enfants. Le deuxième constat est celui de « la maladie des pauvres ». Ce fut après sur ces images hautement émouvantes recueillies au Togo, au Bénin et ailleurs, que le coordonnateur national le **Docteur ATTISSO** présenta les objectifs de cet atelier qui se résument à la validation d'une politique fiable de lutte contre l'ulcère de Buruli au Togo et du plan stratégique quinquennal.
En effet poursuivit – il, depuis la création d'un programme de lutte contre la maladie, des actions ont été menées qui, aujourd'hui, ne peuvent être évaluées au moyens de données quantifiables , ni d'une documentation pérenne méthodiquement constituée par une politique formelle de lutte contre la maladie ; c'est pourquoi la validation d'une politique nationale doit constituer une nouvelle base susceptible de relancer les actions antérieures sur une voie plus scientifique.
Dans le silence d'une profonde émotion, l'assistance prit une pause à 9heures 35.

(*En annexe les copies des diverses allocutions*)

LES COMMUNICATIONS

Les travaux de cette première matinée ont repris à 10h 10 minutes avec des communications diverses présentées par les experts et spécialistes, chaque présentation donnant lieu à un débat. **Monsieur Denis Gadah**, Chef de Projet ulcère de Buruli / Handicap International a introduit cette deuxième étape en situant les assises dans leur contexte global et annonçant la méthodologie de travail qui devra permettre une gestion radicale du temps en même temps que des résultats de qualité.
Les présentations se succéderont alors dans l'ordre suivant :

PRESENTATION DE L'ULCERE DE BURULI : POINT SUR L'UB au plan Mondial

(*Dr Alexandre TIENDREBEOGO*)

Le document du **Dr Tiendrebeogo de l' OMS AFRO** offre un aperçu général sur la maladie depuis la découverte des six premiers cas en Australie , une classification , puis la caractérisation de la maladie par rapport aux diagnostics disponibles , son évolution en Afrique, la répartition géographique actuelle puis les actions et dispositions mises en place par l'OMS pour la lutte contre l'endémie , plus spécialement la thérapie en vigueur actuellement .
(*Intégralité du document en annexe*).

Extrait

- *L'Ulcère de Buruli ou infection à Mycobacterium ulcerans est la 3è mycobactériose humaine après la tuberculose et la lèpre*
- *Les signes de la maladie commencent par une papule ou un nodule cutané, évoluant en plaque, œdème et ulcère et pouvant même atteindre l'os et provoquer une ostéite ou une ostéo-arthrite*
- *La lésion typique est un ulcère à bords décollés et fonds nécrotique, de couleur jaune sale. La taille des ulcères peut varier de 2 à 30 cm, couvrant tout un membre, ou tout le tronc et l'abdomen des malades*

Débats
Parmi les premières réactions, on peut citer celle du Docteur LASSISSI qui constata tout de suite l'inexpérience des praticiens togolais par rapport à la réalité de l'UB.
Cette communication a en outre donné lieu à des débats sur des sujets importants tels que la clarification du rôle de chaque acteur impliqué au fonctionnement du système du **PNLUB.**
Quant au Directeur Général du CHR de Tsévié, il a tout de suite émis le vœu qu'une documentation soit mise à la disposition des praticiens dans les centres spécialisés comme ailleurs, permettant ainsi de mieux initier les agents de santé.
L'Administration de la thérapie officielle disponible actuellement qui consiste au couplage de deux antibiotiques (la streptomycine et la rifanpimicine) fut aussi un centre d'intérêt de ce débat. « Cette responsabilité devra être étudiée avec attention, parce que tous les agents de santé ne sont pas formés au monitorage de ces antibiotiques. Par ailleurs, il faudra aussi mettre les supports **BU** à la disposition de tous les districts et recycler les agents ; par conséquent l'une des propositions majeures

issues de ces débats est la formation-cumulée des agents de contrôle ***tuberculose-lèpre*** à la lutte contre l'UB, et la centralisation de toutes les actions vers un point de supervision qui sera un médecin ou assistant médical désigné et responsabilisé pour la gestion de la situation. Un appareil photo numérique est recommandé pour le suivi de tout cas en cours de traitement.

PRESENTATION DE LA SITUATION DE L' UB AU TOGO

(*Dr ATTISSO PNLUB / Togo***)**

Présentation introductive et informative sur la réalité de l'ulcère de Buruli au Togo. Cette maladie existe, le premier cas a été décelé en 1995. Après avoir ratifié l'accord de Yamoussoukro le 6 juillet, le Togo a créé son Programme National de lutte contre la maladie en 1999. Cependant beaucoup reste encore à faire, car le programme national est confronté à des difficultés majeures depuis sa création, telles que

- *« l' Inexistence de cadre cohérent définissant stratégies et directives,*
- *L'Insuffisance de ressources humaines au niveau de la Coordination*
- *Visibilité peu marquante du pays (pas de ligne budgétaire pour le fonctionnement du PNLUB et autres activités ».*

Or de 1996 à 2006, le programme a enregistré plus de 1500 cas, avec des statistiques de plus en plus croissantes d'années en années.

La présentation du directeur du programme National de lutte contre l'UB est une mise au point qui justifie l'importance de l'atelier de cet atelier dans la gestion globale des situations de santé publique au Togo. Les résultats attendus des travaux de cet atelier, à court et à long terme, se résument donc ainsi :

- Disposer de documents de Politique et Plan stratégique
- Renforcer la coordination en ressources (humaines, financière….)
- Renforcer les capacités (structures et personnel) de PEC
- Projet pilote (3 ans)
- Identifier et opérationnaliser d'autres structures de PEC dans le pays
- Intégration des activités UB aux activités de routine

PRESENTATION DE LA SITUATION DE L' UB AU BENIN

(*Dr Christian JOHNSON / PNLUB*)

La présentation du Dr Johnson, Coordonnateur national PNLUB Bénin relève des aspects clés de la situation. Cet exposé confirme la relation entre les régions marécageuses et ou hydromorphes et le développement de l'ulcère de Buruli.

En revanche, la maladie est domptée au Bénin ; le programme national béninois est aujourd'hui expérimenté et suffisamment outillé pour estimer l'UB comme un mal maîtrisé, quand bien même on ne peut pas affirmer que l'essentiel est fait par rapport à l'information et à la sensibilisation sur la maladie.

Le Bénin dispose déjà de cinq centres spécialisés dont celui d'Allada, qui accueillent et traitent la maladie, avec tous les moyens d'accompagnement nécessaires à la réinsertion des personnes qui ont traversé cette expérience ; et ces centres surtout celui d'Allada s'occupent aussi des recherches sur la maladie. On note des cas graves (niveau III de développement de l'infection) qui ont été traités avec succès. Le Bénin

nous offre aussi l'expérience de la scolarisation des enfants qui ont été sauvés de cette situation.
La rééducation de ces personnes est un volet capital du processus ; elle a été maîtrisée au Bénin avec un retard que le Togo doit éviter dans la mise en œuvre de son programme.

Un autre point de l'exposé du docteur Johnson a suscité une interrogation importante et pourra constituer à la longue un centre d'intérêt pour les Recherches sur la maladie : « ***pourquoi les zones frontalières sont- elles à très faible concentration de la maladie ?*** »
(***Copie intégrale à l'annexe du document***).

PRESENTATION DE LA SITUATION DE L'UB AU GHANA
(*Dr Edwin AMPADU / PNLUB-Ghana*)

L'exemple ghanéen a quelque chose de plus que celui des précédents. L'Etat ghanéen s'est approprié la question de l'UB, et a mis sur pieds les stratégies nécessaires pour préserver la population des effets de cette infection. Le traitement de l'ulcère de Buruli est totalement gratuit au Ghana, avec des mesures de suivi et de réinsertion des victimes de la maladie.

Une observation identique revient à travers le cas ghanéen : la maladie présente une faible concentration dans les zones frontalières ! Ce sujet constitue pour l'avenir un centre d'intérêt sur les recherches en matière de l'ulcère de Buruli.

Débat
Le **Dr AMPADU** a soulevé aussi un autre point sérieux : c'est la difficulté que représentent les **tradithérapeutes** dans la lutte contre cette maladie. Leur influence constitue très souvent un facteur aggravant des infections. En effet pour la plupart des cas, les individus s'orientent du premier reflexe vers les tradipraticiens qui renforcent les superstitions et retiennent les patients. Ces derniers reviennent vers les hôpitaux seulement lorsque le mal atteint un niveau d'aggravation très avancé.

Le Dr Ghislain SOPOH du centre d'Allada attira les attentions sur la nécessité de solliciter le concours des tradipraticiens pour orienter les patients vers les hôpitaux, parce que les superstitions persistent aussi bien chez les victimes elles-mêmes que chez ces « guérisseurs » pour qui l'enjeu est en outre une question de survivance ; ceci explique une situation de conflit.

Ensuite, le Docteur Ampadu fit aussi remarquer que le document présenté par le programme national n'avait fait aucune mention de l'aspect financier de la prise en charge. Une répartition du budget doit être prévue, afin que les tâches soient précisées, et que clairement on puisse définir « qui fait quoi » dans la prise en charge de la maladie. Il a cité comme modèle le règlement en 2006 de tous les arriérés de traitement de l'UB dus par l'Etat aux établissements sanitaires du Ghana. Des dispositions similaires doivent être clairement prises, renchérit le **Dr Kingsley ASIEDU**, directeur du programme UB à l'OMS à Genève.

Au Bénin par exemple, la contribution de la famille du patient est de 5000 à 20 000f CFA, ce qui est vraiment dérisoire par rapport coût réel d'un traitement de l'UB, le reste des frais étant réparti entre l'Etat et les ONG.

La question de la physiothérapie a encore resurgie à ce niveau, soulevée par le Dr Christian Johnson du Bénin ; ceci appelle, entre autres raisons, à l'urgence de créer à côté des hôpitaux, des structures carrément en dehors, se complétant toutefois avec les atouts préexistants.

Comment organiser le suivi physio - thérapeutique (Dr Estelle PASQUIER)
- Impliquer le patient et sa famille
- les sensibiliser à des activités à faire à la au quotidien (dans leur maison)
- les orienter vers des centres de rééducation proches (si possible)
- veiller à l'usage des prothèses et des orthèses pour accroître la mobilité, etc.

A cela, ajouter que les fiches de relevé doivent régulièrement remplie et reportées au registre du district.

Après - midi du mercredi 1er Août 2007

PRESENTATION V :
(*Dr Vincent AGBOVI*, *Sociologue, Consultant*)
*« **Présentation des résultats des études d'impact socio économique de l'UB dans les zones de Tsévié et d'Afagnan**»*

La présente communication est le résultat des études sociologiques effectuées dans les zones de Tsévié et d'Afagnan, sur les connaissances, les attitudes, les pratiques et les représentations que les populations de ces localités font de la maladie, bref les considérations sociologiques liées à la maladie dans ces zones supposées les plus affectées par la maladie.
Les résultats confirment les thèses béninoise et ghanéenne relatives à la superstition d'une part, puis la relation de la maladie avec la pauvreté d'autre part.

Les diverses appellations associées à l'ulcère de Buruli dans ces zones révèlent clairement la croyance aux sources mystiques de la maladie, confirmée dans les interviews.
Il conviendrait par conséquent d'associer les **tradipraticiens** à l'orientation des malades vers les hôpitaux, en prenant au préalable le soin de les initier à un diagnostic préliminaire de la maladie.

(*Copie intégrale à l'annexe*)

PRESENTATION VI

Dr SOPOH Ghislain (*Centre de Dépistage et de Traitement de l'UB / Allada -Bénin*)

Docteur SOPOH a présenté les résultats de l'évaluation des besoins pour le prise en charge de l'UB ; sa présentation s'intitule : *« **Présentation des résultats de l'évaluation des besoins pour la prise en charge de l'UB dans les zones de Tsévié et d'Afagnan.*** »

Débat

Cette présentation fut d'un intérêt majeur, en tant qu'elle détermine la mise sur pieds des actions à mener pour une gestion efficace de la situation de l'ulcère de Buruli au Togo.

PRESENTATION VII

(Dr Alexandre TIENDREBEOGO)

Présentation des supports proposés par l'OMS pour la gestion des données épidémiologiques sur l'UB.

Cette dernière est simplement un point d'information qui n'a pas vraiment nécessité des commentaires ou critiques.

A la fin de cette journée, trois groupes de travail ont été mis sur pieds et présentés par le Docteur AMEKUSE ; chaque groupes devra se charger d'étudier et de donner la meilleure forme à une partie des documents en projet présentés par le PNLUB. Les groupes avec leurs taches respectives se présentent de la façon suivante :

GROUPE I :

Généralités et la problématique des deux documents

1. Dr NOMENYO
2. Dr TAMAKLOE
3. Dr DJIMONGOU
4. M. KOUSSADE
5. Dr TOSSA
6. M. BABA
7. M. AGBOVI
8. Dr AMEKUSE
9. M. GADAH

GROUPE II *:*

Composante stratégique 1 : Renforcement du système de santé et de la capacité de gestion du programme et des structures de prise en charge

10. Fr PASCAL
11. Dr LASSISSI
12. Dr AMPADU
13. Dr JOHNSON
14. Dr KOMLAGAN
15. Mme BOWESSIDJAOU
16. M. ABDOU
17. Dr Estelle PASQUIER

18. M. BOLY

GROUPE III :
Composante stratégique 2 : Dépistage précoce des cas et communication
Composante stratégique 3 : Notification et enregistrement standardisés par l'utilisation des supports UB01 et UB02 et du logiciel Heath Mapper Composante stratégique 4 : Recherche opérationnelle

19. Dr TIENDREBEOGO
20. Dr NASSOURI
21. Dr TOKE
22. .M. SOLI
23. M. HEGNON
24. Dr SOPOH
25. M. WILLIAM

GROUPE IV :
Objectifs, stratégies et orientations du document de politique

26. Mr KUASSI
27. Dr ASIEDU
28. Dr AWOKOU
29. Dr AGBOBLI
30. Pr DAN Boakye
31. Dr AGBEKOU
32. Dr ATTISSO

Jeudi 02 août 2007, Deuxième jour ...

Les groupes tels que présentés la veille ont pris place dans les petites salles de la FOPADESC. On peut noter deux particularités dans les travaux des groupes :
Les travaux du groupe II sur la « ***Composante stratégique 1 : Renforcement du système de santé et de la capacité de gestion du programme et des structures de prise en charge »*** ont été les plus tendues, étant donné l'attention particulière que nécessite la technicité de cet aspect.
Quant au groupe III, il s'est démarqué par une minutieuse attention portée aussi bien sur la forme du document, que sur le contenu.

Tous les groupes de travail de façon général se sont attelés avec application et mené à bien les travaux en l'espace d'une journée qui s'acheva aux environs de 17 heures 30minutes.

Troisième jour ...

Cette journée dès son ouverture fut consacrée à la restitution des travaux accomplis dans les ateliers.
Nous devons remarquer ici que les documents ont été élagués de tout ce qui pouvait constituer un superflu à la forme. Ils ont été réduits de 30 % environ de leur forme.

Lors des plénières :
Le Dr Tiendrebeogoa proposa par exemple le remplacement du terme « objectifs » par « visions » pour mieux ouvrir le champ au document de politique national.

Le Dr Ghislain SOPOH a félicité la redéfinition claire du cadre d'action dans lequel va se dérouler recentré avec précision autour PNLUB.

Des observations ont porté aussi sur la structuration des organes locaux de suivi et de gestion de la maladie .Il faut renforcer les cellules de coordination et dissocier au besoin le rôle de contrôleur UB de celui de contrôleur-Lèpre. Le rôle du coordonnateur de cellule est surtout informatif, et concerne le recentrage de l'information vers les instances supérieures.
Une seconde remarque a concerné la localisation de l'action uniquement dans la zone - pilote de Tsévié Afagnan. Il faudra que le programme prévoie immédiatement de couvrir les autres régions.
Il faut aussi insérer l'écoute psychologique des malades dans les programmes de prises en charge et de traitement des victimes de la maladie.
Finalement, il faudra aussi veiller à ne pas négliger les autres cas d'ulcère ou autres maladies invalidantes dans la planification de la prise en charge de l'ulcère de Buruli.

Le Directeur du Programme Ulcère de Buruli à l'OMS, le docteur Kingsley ASIEDU a fait une mise au point avec une présentation en power point de sa vision par rapport à la structuration et au fonctionnement du mécanisme togolais de lutte contre l'UB ; ensuite il a donné son satisfécit aux travaux de cet atelier ; puis il a finalement redit le soutien de son Institution au programme national. Il a fait séance tenante la promesse d'un véhicule tout-terrain de type **Land Cruiser PRADO** qui sera mis incessamment à la disposition de la coordination nationale du programme qui, le cas échéant pourra léguer son ancien véhicule à la coordination de Tsévié dans un premier temps. Des acclamations ont salué cette annonce, et firent place aussitôt à une brève mise au point du rapporteur Général sur les trois jours de travaux de cet atelier.

L'assemblée a adopte sous réserve des amendements la globalité des documents (trouver en annexe la version finale de ***la politiques nationale et du plan stratégique de lutte contre***
L'ulcère de Buruli au Togo)

Les travaux de cet atelier ont été clôturés vers 13 heures par la directrice Nationale adjointe de la santé, Docteur Nomenyo.
Le déjeuner fut le lieu du dernier au revoir.

RECOMMANDATIONS

L'atelier de validation et d'adoption des documents de politique nationale et du plan stratégique de lutte contre l'UB au TOGO qui a eu lieu du 1er au 3 Aout 2007 à la FOPADESC à Lomé :

- Considérant que l'UB est un problème de santé publique au Togo particulièrement dans la région maritime
- Considérant que après la conférence de Yamoussoukro en 1998 un Programme National de Lutte contre l'UB a été crée depuis 1999 au TOGO
- Considérant que pour des raisons multiples le PNLUB du TOGO n'a pas connu des résultats satisfaisants
- Vu l'engagement solennel du gouvernement du Togo à travers le Ministre d'Etat, Ministre de la Santé de soutenir le PNLUB
- Vu l'engagement de l'OMS, de HI et de la DAHW de soutenir le PNLUB

Recommande :

A l'endroit du Ministère de la Santé :

1- Affecter les ressources humaines minimales au fonctionnement du PNLUB à savoir un assistant et une secrétaire
2- Doter le PNLUB d'une ligne budgétaire
3- Doter l'hôpital de Tsévié et d'Afagnan des ressources humaines, matérielles, logistiques et financières nécessaire à la prise en charge de l'UB ainsi qu'à la mise en œuvre des activités de lutte contre l'UB

A l'endroit du PNLUB

4- La mise en œuvre diligente des activités prévues dans le plan stratégique adopté lors des présentes assises
5- Capitaliser les expériences des programmes nationaux de lutte contre l'UB des pays voisins

A l'endroit de l'OMS et des partenaires

Apporter un appui technique, logistique et financier à la mise en œuvre du plan stratégique de l'UB au Togo

Les participants tiennent en outre à exprimer leurs vifs remerciements :

- Au Gouvernement du TOGO
- La compagnie pharmaceutique SANOFI AVENSIS
- HI
- DAHW
- A la coopération Française
- L'OMS

Pour avoir soutenu l'organisation des présentes assises.

Fait à Lomé le 3 Aout 2007
L'Atelier

CONCLUSION GENERALE

L'atelier de validation du plan stratégique et de la politique Nationale du Togo pour la lutte contre l'ulcère de Buruli, du 1er au 03 aout 2007 a accouché d'une base solide, on peut le dire, qui puisse engager sérieusement les autorités nationales et les acteurs nationaux de la santé dans une lutte efficace contre l'ulcère de Buruli. Pendant trois jours, ils ont :

1- Passé en revue les actes et dispositions internationaux relatifs à l'appréhension de l'épidémie,

2- Echangé les expériences que chacun capitalise dans le domaine de la gestion politique, sociale et médicale de ladite maladie, spécialement au Bénin, au Ghana, puis au Togo,

3- Passé au peigne fin les documents de politique et plan stratégique National de lutte contre l'ulcère de Buruli, élaborés par les spécialistes togolais, en vue d'en dégager une forme conséquente qui prenne en compte des réalités togolaises et internationales liées à l'épidémie.

Au terme des trois jours, les experts nationaux et internationaux on validé les documents en projets présentés par le Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli. Au terme de trois jours de travaux, ils ont doté le Togo d'un mécanisme de lutte contre l'endémie, composé de :

- Un plan stratégique de lutte, avec à la clé un plan quinquennal
- Un document de politique nationale de lutte contre la maladie.

Quand aux organisations Internationales, elles ont exprimé leur satisfaction par rapport à cette
Importante avancée réalisée par le Togo. Chacune d'elles a exprimé de façon particulière son engagement aux côtés du Togo dans cette lutte :

- Handicap International et la DAHW ont promis le renforcement de leurs actions contre les maladies invalidantes, y faisant par spécial pour la lutte contre l'UB.
- L'OMS a concrétisé son engagement par la décision immédiate d'affecter un véhicule tout-terrain au directeur du programme national. Son action se renforcera lorsque le plan quinquennal sera finalisé et sera officiellement présenté à l'OMS.

ANNEXES
PREMIERE PARTIE

COPIES INTEGRALES DES ALLOCUTIONS, COMMUNICATIONS ET DOCUMENTATIONS DIVERSES AYANT NOURRI LES TRAVAUX DE L'ATELIER

DECLARATION DE YAMOUSSOUKRO RELATIVE A LA POLITIQUE AFRICAINE DE LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI

Résolution finale de la Conférence

En application de la déclaration signée à Yamoussoukro le 6 juillet 1998 par les trois Chefs d'Etat du Ghana, du Bénin et de la Côte d'Ivoire, qui souligne les conséquences humaines et socio-économiques de l'ulcère de Buruli et qui affirme l'engagement des Etats à mobiliser les ressources pour établir un programme de lutte intégré aux soins de santé primaires et basé sur le traitement chirurgical précoce de la maladie,
les participants recommandent à l'unanimité que la prise en charge médicochirurgicale des malades atteints d'ulcère de Buruli soit, comme celle du traitement de la tuberculose et de la lèpre, gratuite pour les malades.
Cette recommandation implique un programme national fondé sur la formation des personnels à la périphérie, les possibilités de traitement adaptées aux différents niveaux des services de santé et la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique. Le développement des programmes nationaux sera appuyé par la recherche fondamentale et appliquée, coordonnée à l'échelon international avec l'appui de l'OMS et de partenaires concernés.

Déclaration faite à Yamoussoukro, le 8 juillet 1998 L'Assemblée des Participants

ALLOCUTION DU REPRESENTANT RESIDENT DE LA DAHW M. FRANZ WIEDEMANN

Intervention du Représentant DAHW
Démarrage Atelier de BU-
Stratégie 2008-2012,

- Monsieur le ministre d'état, Ministre de la Santé,
- Monsieur le Représentant de l'OMS
- Monsieur les représentants des Organisation Internationales et nationales
- Mesdames, Messieurs

Il y a environ deux ans aujourd'hui peu de personnes on parlait de ulcère de Buruli, peut de bailleurs étaient prêts de s'engager dans cette lutte contre cette maladie. Mais, ensemble nous avons convaincu le monde, qu'il est nécessaire de ne pas tourner la tête, de bien regarder et de réagir. La lutte a été un succès. Aujourd'hui nous sommes ici pour donner le coup d'envois pour que le Togo se donne sa stratégie pour la lutte contre l'ulcère de Buruli.

Monsieur le Ministre d'état, Ministre de la Santé,
je saisis cette occasion pour vous félicite pour le travail fait et les efforts déployés pour qu'aujourd'hui le Togo soit capable de lutter considérablement contre cette maladie. Je peux d'ores et déjà vous assurer que la DAHW sera disponible pour soutenir le Togo dans cette lutte. La lutte contre le Buruli est longue et a besoin de mesures très particulières pour qu'on arrive a la victoire. C'est pour ca, qu'une stratégie sur un long terme est indispensable.

Je souhaite à tous les participants de cet atelier le mieux pour que Vendredi, le Togo dispose d'un instrument fort dans la Lutte contre l'Ulcère de Buruli. Des milliers des malades, et surtout des enfants sans défenses regarderont votre travail et mettront tout leur espoir en vous. Alors, travaillons pour eux.
Je vous souhaite un bon travail et je suis sûr qu'à la fin de la semaine nous aurons franchi un grand pas sur le chemin de lutte contre le Buruli.

Je vous remercie

Lomé, le 01.08.2007

ALLOCUTION DE M. JEAN MARC JOUINEAU, DIRECTEUR DES RESSOURCES TECHNIQUES DE HANDICAP INTERNATIONAL

ATELIER DE VALIDATION ET D'ADOPTIONDES DOCUMENTS DE POLITIQUE NATIONALE ET DU PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI AU TOGO

Lieu : FOPADESC Agoènyivé
Date : 01 au 03 août 2007

DISCOURS A L'OUVERTURE

- Excellence, Monsieur le Ministre d'Etat, Ministre de la Santé
- Monsieur le Préfet du Golfe
- Monsieur le Représentant de l'OMS au Togo
- Monsieur le Représentant de la DAHW au Togo
- Messieurs le Coordonateur de l'Initiative Globale de Lutte contre l'UB l'OMS Genève et le Point Focal Régional Ulcère de Buruli OMS AFRO,
- Messieurs les Chefs Traditionnels,
- Mesdames, Messieurs, les Représentants des Organisations de coopération bilatérale et multilatérale
- Honorables invités,
- Mesdames et Messieurs,

Avant toute chose, permettez-moi de vous transmettre les cordiales salutations du Siège d'Handicap International à Lyon, France. C'est avec une grande joie que je prends la parole au nom de Handicap International pour vous témoigner notre profonde gratitude pour avoir bien voulu honorer de votre présence cet atelier de validation et d'adoption des documents de Politique Nationale et de Plan Stratégique de Lutte contre l'Ulcère de Buruli au Togo.

L'Ulcère de Buruli, comme vous le savez, est une maladie qui se manifeste cliniquement par un nodule ou une papule intradermique indolore. En l'absence de traitement ce nodule évolue vers une ulcération cutanée massive suivie par des complications invalidantes comme des déformations articulaires par contracture, une amputation des membres, une perte d'organes (œil, seins, organes génitaux).

Compte tenu de la représentation magico mythique que les populations ont de la maladie, elles consultent tardivement auprès des structures sanitaires pour une prise en charge adéquate. Elles sont donc, le plus souvent, reçues à un stade tardif où des complications sont constituées (déformations par contracture, invalidités diverses) conduisant ainsi le plus souvent à des amputations.

De plus en plus de cas sont notifiés au Togo surtout dans la région Maritime. Handicap International s'est donc proposé de contribuer au renforcement de la lutte contre cette affection en collaboration avec ses partenaires afin de prévenir et prendre en charge les personnes handicapées à cause de cette pathologie.
Mesdames, Messieurs, Handicap International toujours en collaboration étroite avec ses partenaires, le PNLUB, l'OMS et la DAHW, a initié une série d'actions en vue de relancer et redynamiser le programme de lutte contre l'ulcère de Buruli du Togo qui a pris de retard par rapport aux pays voisins, le Bénin et Ghana. Il s'agit principalement de :

1. Une étude documentaire sur l'ulcère de Buruli
2. Une mission d'échanges aux Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli (PNLUB) du Bénin et Ghana en vue de s'inspirer des expériences acquises et les stratégies de lutte contre l'Ulcère de Buruli,
3. Une étude sur les besoins, les connaissances, les attitudes, les pratiques et la représentation de la maladie d'ulcère de Buruli au sein de la population des zones endémiques de Tsévié et d'Afagnan
4. Une étude épidémiologique sur l'ulcère de Buruli et l'évaluation des besoins pour la prise en charge des cas d'ulcère de Buruli dans les zones endémique d'Afagnan et Tsévie
5. Un atelier de validation et d'adoption des documents de Politique Nationale et du Plan Stratégique de Lutte contre l'ulcère de Buruli sur 5 ans intégrant un projet pilote sur 3 ans à soumettre à SANOFI avant fin août 2007.

Les résultats des deux études commanditées par Handicap International dénotent clairement que la situation de l'ulcère de Buruli au Togo reste préoccupante :

- La situation épidémiologique est mal connue,
- Il n'existe pas de système de surveillance de routine,
- La demande de soins est tardive,
- La qualité actuelle de la prise en charge ne permet pas de réduire les incapacités après traitement,
- La confirmation biologique n'est pas assez documentée,

Ce travail n'aurait pas pu être exécuté sans le soutient du Service de Coopération et d'Action Culturelle de l'Ambassade de France au Togo et les Laboratoires SANOFI.

Cette rencontre, Mesdames, Messieurs, vise principalement à valider et adopter la politique et les stratégies de lutte contre l'ulcère de Buruli en cohérence avec les 8 axes stratégiques de l'OMS dans le cadre du renforcement de la lutte au Togo.

A cet effet, je compte avec tous nos partenaires traditionnels et potentiels et surtout sur l'Etat Togolais qu'un nouveau souffle va être donné à ce programme.

Handicap International qui s'intéresse à cette problématique depuis plusieurs années mettra tout en œuvre en synergie avec ses autres partenaires pour la mise en œuvre effective des interventions stratégiques retenues dans le plan stratégique national de la lutte contre l'ulcère de Buruli au Togo.

Je me félicite de la mobilisation effective des partenaires aux côtés du gouvernement togolais et j'émets mon vœu le plus ardent de voir atténuées les souffrances

physiques, psychosociales et économique que l'affection de l'Ulcère de Buruli fait subir aux populations. La mise en œuvre du plan stratégique permettra à tout prix l'atteinte de notre objectif global.

Merci pour votre attention particulière et Bon courage

ALLOCUTION DU REPRESENTANT DE L'OMS AU TOGO
Dr Kadri TANKARI

- Excellence Monsieur le Ministre d'Etat, Ministre de la Santé
- Monsieur le Préfet du Golfe
- Mmes et Messieurs les Représentants des Organismes de Coopération, Chers collègues
- Messieurs les Facilitateurs
- Chers confrères venus des pays frères du Ghana et du Bénin,
- Honorables invités,
- Mesdames et Messieurs,

L'Organisation Mondiale de la Santé se réjouit de l'initiative prise par le Ministère de la Santé d'élaborer les documents de Politique et de Stratégie Nationale de Lutte contre l'ulcère de Buruli, deux importants documents de références qui serviront de tableau de bord pour la mise en œuvre du Programme National. Cet atelier est l'aboutissement du partenariat entre Handicap International, DAHW et OMS au profit de la lutte contre l'ulcère de Buruli au Togo.

L'ulcère de Buruli, maladie provoquée par *Mycobacterium ulcérans,* pose surtout problème dans les populations démunies des régions rurales isolées et, depuis 1980, il est devenu une cause importante de morbidité. Après la tuberculose et la lèpre, c'est la troisième infection mycobactérienne la plus courante. Cette maladie est présente dans plus de 30 pays, principalement dans les régions tropicales et subtropicales. L'Afrique est le continent le plus touché.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'enfants de moins de 15 ans, vivant dans des zones rurales isolées où l'accès à des services de santé est très limité, voire impossible. Dans environ 90% des cas en Afrique, les patients se présentent trop tard dans les formations sanitaires et ont déjà fait des lésions étendues qui provoqueront des incapacités sévères. La mortalité est faible mais la fréquence des incapacités est élevée : selon certaines études, 66% de ceux qui ont des lésions guéries présentent des infirmités.

Jusqu'à tout récemment, le seul traitement possible consistait à pratiquer des excisions chirurgicales étendues, avec ou sans greffe de peau. Cela n'est possible que dans les hôpitaux. Cependant, en raison de la faiblesse des infrastructures dans les régions d'endémie les plus touchées des pays en développement, la possibilité pour les malades de se faire opérer reste limitée et, lorsqu'elle existe, les coûts dépassent largement les moyens de la plupart des patients gravement atteints.

Excellence Monsieur le Ministre d'Etat, Ministre de la Santé .....

En mai 2004, la cinquante-septième Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution sur l'ulcère de Buruli aux termes de laquelle elle demande d'intensifier les recherches pour développer de nouveaux outils de diagnostic, de traitement et de prévention.

Avec la mise en œuvre de cette résolution la stratégie de lutte contre l'ulcère de Buruli a beaucoup évolué : actuellement tous les malades (sauf en cas de contre-indication) reçoivent le traitement à la rifampicine et à la streptomycine pendant 8 semaines dans les centres de santé et dans les services de santé de district ou de région. Seul les cas avancés sont référés dans les hôpitaux pour la prise en charge chirurgicale.

Sous l'impulsion de l'OMS, le Togo à l'instar des autres pays endémiques de la sous région a mis en place le Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli en 1999, grâce auquel la maladie est actuellement mieux connue par le personnel de la santé et les populations. Malgré un démarrage difficile du programme, l'OMS a soutenu des activités clés sur lesquelles repose aujourd'hui la lutte contre ce fléau dans le pays.

Rappelons entre autres activités :

- La sensibilisation des communautés à travers des réunions publiques avec les préfets, les chefs traditionnels, les tradipraticiens, les enseignants, les élèves, les agents de santé communautaires, réunions au cours desquelles des projections audio-visuelles sont faites sur la maladie ;

- La formation d'une douzaine de chirurgiens sélectionnés dans toutes les régions du pays à la prise en charge chirurgicale de l'ulcère de Buruli ;

- La réalisation d'un film documentaire couvrant le Ghana, le logo et le Bénin ;

- L'enquête rapide de morbidité sur l'ulcère de Buruli réalisée sur toute l'étendue du territoire, à l'occasion des Journées Nationales de Vaccinations contre la polio en décembre 2004 ;

- La formation des équipes cadres de régions et de districts en organisation et gestion du programme de lutte contre l'ulcère de Buruli ;

Seulement, ces activités n'ont pas été réalisées dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique ou d'un plan national préalablement défini et consigné dans un document de consensus.

Chers participants,

Nous pouvons dire qu'il s'agit là d'une lacune que pendant les 3 prochains jours, vous êtes appelés à combler. Vous avez en main, par le biais d'une analyse de situation sur l'ulcère de Buruli, des faits basés sur la réalité de l'heure, à utiliser pour élaborer ces deux importants documents de référence.

Il faut que l'élaboration de ces documents offre l'occasion pour favoriser le dialogue entre les partenaires nationaux et les partenaires extérieures, de même que la mobilisation des ressources.

C'est aussi le lieu de prévoir un mécanisme permettant aux partenaires extérieures de conjuguer leurs efforts en une action concertée pour appuyer le Programme National de Lutte contre l'ulcère de Buruli

Cette action aura pour objet primordial non seulement d'apporter un appui au Programme National de Lutte contre l'ulcère de Buruli mais aussi et surtout de renforcer la coordination entre tous les partenaires intervenant dans ce domaine.

Il s'agira de mettre à profit la somme d'expériences dont dispose ces partenaires et de tirer avantage de leur complémentarité.

Le rôle de chaque partenaire devra être défini dans le document de plan stratégique : à titre d'exemple,

- L'OMS pourrait poursuivre son appui dans les domaines du renforcement des capacités techniques du personnel de santé, de la surveillance épidémiologique, du diagnostic biologique, des évaluations, de la recherche, etc. ,
- Handicap International pourrait concentrer ses efforts sur la réhabilitation et la réinsertion sociale des malades guéris mais porteurs d'infirmité ;
- **La DAHW** pourrait poursuivre l'appui institutionnelle et l'appui en médicaments et consommables, ...

Ce partenariat pour la lutte contre l'ulcère de Buruli pourrait s'ouvrir à d'autres partenaires du Ministère de la Santé intervenant dans les différentes régions du pays qui sont touchées par cette maladie.

Par ailleurs, l'ulcère de Buruli fait partie des maladies tropicales négligées (MTN). De ce fait la politique de lutte contre cette affection au logo devrait tenir compte de la stratégie d'intégration de la lutte contre les maladies tropicales négligées prônée par l'OMS. Pour cela, la combinaison de certaines activités telles que l'IEC communautaire, le dépistage, la supervision du personnel et le monitorage des activités devrait être envisagée pour différents programmes nationaux de lutte ou d'élimination des maladies tropicales négligées (lèpre, filariose lymphatique, ver de Guinée, pian et ulcère de Buruli).

J'ai bon espoir qu'unis dans un effort de partage de responsabilités et d'intégration/combinaison des activités, nous contrôlerons l'ulcère de Buruli et les autres maladies tropicales négligées au Togo et du même coup briserons le cercle vicieux « pauvreté - maladies tropicales négligées -pauvreté », dans lequel sont enfermées nos populations.

Pour terminer, je souhaite plein succès à vos travaux.

Je vous remercie.

ALLOCUTION DE S.E.M. LE MINISTRE D'ETAT,
MINISTRE DE LA SANTE,
Professeur Kondi Charles AGBA

Plan stratégique de lutte contre l'Ulcère de Buruli
Lomé, Agoènyivé,
FOPADESC, 01 août 2007

- Monsieur le Préfet du Golfe,
- Monsieur le Représentant de l'OMS au Togo,
- Monsieur le Représentant de Handicap International au Togo,
- Monsieur le Représentant de la DAHW au Togo,
- Mesdames et Messieurs les Représentants des organisations de coopération bilatérale et multilatérale,
- Distingués Chefs traditionnels,
- Messieurs les Experts de l'OMS Genève et AFRO,
- Chers participants et chers Collaborateurs,
- Honorables invités, Mesdames et Messieurs,

Je voudrais, à mon tour, dire la joie que j'éprouve à être des vôtres ce matin, et vous souhaiter la plus cordiale et chaleureuse bienvenue à cet important atelier de planification stratégique qui nous permettra de d'intensifier la lutte contre le fléau que représente l'Ulcère de Buruli.
Je salue la présence, parmi nous, de nos voisins et frères de l'Est et de l'Ouest, venus du Ghana et du Bénin. Nous apprécions leurs expériences et expertises dont va bénéficier le Togo, et leur souhaitons un agréable séjour chez nous.

Au Togo, l'Ulcère de Buruli fait partie des maladies négligées telles que reconnues par l'OMS ; il constitue un problème majeur de santé publique dans nos communautés.
Les premiers cas ont été décrits en 1996 et la lutte contre la maladie a été formellement déclenchée au terme d'une conférence internationale organisée par l'OMS en 1998 à Yamoussoukro en Côte d'Ivoire et à laquelle le Togo a participé.
Un programme national a été mis en place en 1999, mais certaines contraintes n'ont pas permis d'enregistrer les résultats probants escomptés.
Un peu plus tard, en 2004, au cours des Journées Nationales de Vaccination (JNV) contre la poliomyélite, une prospection active des cas a été menée et a permis d'apprécier quelque peu l'ampleur du problème au Togo.
A ce jour, plus de 1 500 cas confirmés ou suspectés ont été recensés ;

- toutes les régions du pays sont concernées et
- tous les individus sont touchés quel que soit leur sexe et leur âge.

Par contre, la prise en charge des cas reste insuffisante en termes de compétence des prestataires, de disponibilité de matériel technique, de produits pharmaceutiques et de consommables reste insuffisante ;

- les ressources pour la mise en œuvre du programme restent également insuffisantes.

De même, le pays ne dispose pas de documents nationaux de référence qui définissent la politique et les stratégies de lutte contre la maladie.

Cet atelier vient à point nommé pour corriger ce dernier handicap.
C'est le lieu de remercier tous les partenaires et autres acteurs qui ont contribué à la tenue de cet atelier qui n'est que l'aboutissement d'un long processus.
Note gratitude va plus particulièrement à Handicap International pour les études et le financement de l'Atelier, à l'OMS et à la DAHW pour leur appui technique et financier.

Mesdames et Messieurs, Distingués invités je voudrais, à présent, inviter tous les participants et particulièrement les experts du domaine à examiner minutieusement ces documents pour y apporter les améliorations nécessaires.

J'invite aussi, par anticipation, tous nos partenaires à s'engager aux côtés du gouvernement dans la mise en œuvre du Plan stratégique quinquennal qui sortira des présentes assises, car le désir ardent des autorités sanitaires de notre pays est de voir allégés les souffrances physiques et psychosociales ainsi que le poids économique que fait peser l'Ulcère de Buruli sur nos populations.
Le Gouvernement, par ma voix, s'engage en ce qui le concerne, à assumer les responsabilités qui seront les siennes dans cette bataille.
Je souhaite plein succès à vos travaux, et je déclare ouvert l'atelier d'adoption et de validation des documents de la politique nationale et du plan stratégique quinquennal 2008-2012 de lutte contre l'Ulcère de Buruli au Togo.

Je vous remercie.

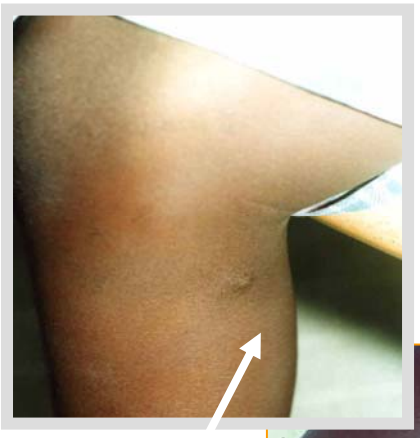
Situation de l'ulcère de Buruli et rôle de l'OMS

Finalisation du plan stratégique quinquennal 2008-2012 de lutte contre l'ulcère de Buruli au TOGO
Atelier pour la définition de politique
et la stratégie stratégique quinquennal 2008-2012
de lutte contre l'ulcère de Buruli au TOGO

Présenté par
Docteur Alexandre TIENDREBEOGOA
(OMS - AFRO)

LA MALADIE

- L'Ulcère de Buruli ou infection à *Mycobacterium ulcerans* est la 3è mycobactériose humaine après la tuberculose et la lèpre
- Les signes de la maladie commence par une papule ou un nodule cutané, évoluant en plaque, œdème et ulcère et pouvant même atteindre l'os et provoquer une ostéite ou une ostéo-arthrite
- La lésion typique est un ulcère à bords décollés et fonds nécrotique, de couleur jaune sale. La taille des ulcères peut varier de 2 à 30 cm, couvrant tout un membre, ou tout le tronc et l'abdomen des malades



Papule

Plaque

Nodule

Petit ulcère
Œdème
Grand ulcère

Les lésions compliquées, vues tardivement

Enormes conséquences socio-économiques (coûts du traitement et de la chirurgie, hospitalisation, perte de revenus)

HISTOIRE

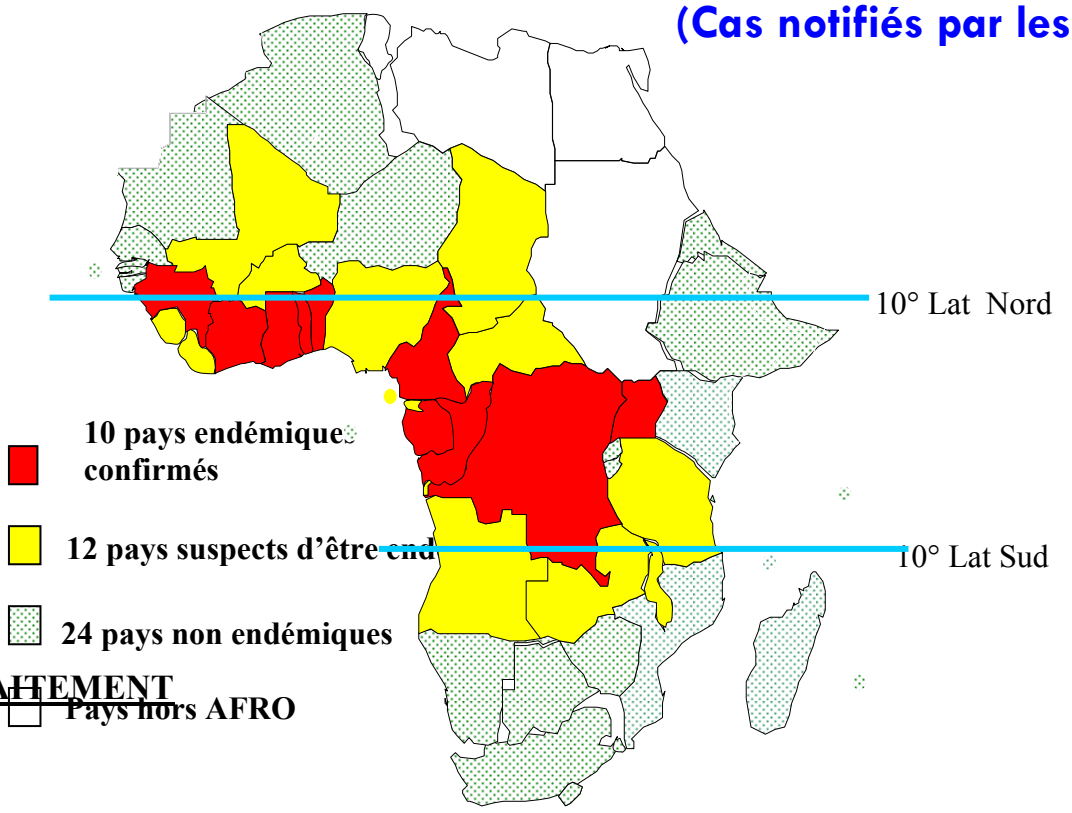
- Les 6 premiers cas ont été décrits en Australie en 1948
- En Afrique, les premiers malades ont été notifiés en Ouganda en 1950, dans le Comté de Buruli qui a donné le nom le plus connu de la maladie
- Au cours des années 1960 à 1970, L'UBB s'est répandu dans les pays d'Afrique Centrale (Ouganda, Congo, RD Congo, Gabon). Le nombre de malades a augmenté en Ouganda, atteignant des milliers de cas en 1965 puis a commencé à diminuer depuis lors jusqu'à maintenant où l'Ouganda notifie moins de 50 cas dans quelques districts du pays
- En 1971, le 1er cas a été rapporté en Côte d'Ivoire puis au Ghana en 1972. Depuis cette date le nombre de cas a augmenté en Afrique de l'Ouest dans les pays situés le long du golfe de Guinée : Guinée, Liberia, Sierra Leone, C Ivoire, Ghana, Togo, Bénin, Nigeria et Cameroun
- Des enquêtes nationales ont permis d'identifier 10.000 cas en C Ivoire en 1997 et 6.000 cas au Ghana en 1999.

EPIDEMIOLOGIE

- Agent étiologique: *Mycobacterium ulcerans*, secrétant une toxine nécrosante la mycolactone
- Environnement: zones marécageuses, près de cours d'eau à débit lent, zone d'aménagements hydriques comme les barrages, vallées irriguées et activité minière de surface (orpaillage)
- Mode de transmission : pénétration par la peau par des lésions dues à un traumatisme, maladies de la peau, piqûres d'insectes (punaises d'eau des familles *naucorides* ou *diplodychus*)
- Nouveaux cas dans la Région Africaine de l'OMS
  - 2005 : 6 634 NC
  - 2005 : 4 609 NC
  - 2006 : 5 265 NC

Situation en 2005

(Cas notifiés par les pays)



TRAITEMENT

- Avant 2004, le traitement était uniquement chirurgical: excision des petites lésions (papule, nodule et petits ulcères) suivie de suture ou de greffe de peau pour les grandes lésions (plaque, œdème et grands ulcères)

- En 2004, l'efficacité de la combinaison antibiotique rifampicine et amino glycoside (streptomycine ou amitacine) a été confirmée pour guérir les petites lésions sans chirurgie et limiter la chirurgie d'excision dans les grandes lésions

ROLE DE L'OMS

- Aider les Etats Membres à atteindre le niveau de santé le plus haut possible dans la mesure des ressources et moyens disponibles
- Aider les pays affectés ou à risque de l'UB;
    - A évaluer l'ampleur du problème et identifier les zones d'endémie
    - Mettre en place des activités de dépistage et de traitement des cas y compris la réhabilitation physique
    - Organiser des programmes nationaux de lutte (renforcement des capacités de personnel de santé, surveillance épidémiologique, IEC et mesures préventives, prise en charge des cas)
    - Orienter et participer dans la recherche de meilleurs outils de diagnostic rapide, d'antibiotiques oraux, de moyens préventifs y compris la mise au point de vaccins, le mode de transmission, etc.…

ACTIONS DE L'OMS

1998:

- Initiative mondiale de lutte contre l'UB et la recherche (GBUI)
- Conférence de Yamoussoukro: déclaration et recommandations
- Publication de manuels sur le diagnostic et la PEC de l'UB
- Publication de BD pour l'IEC chez les élèves et d'autres supports IEC (affiches, dépliants, etc..)

Depuis 2000: tenue de réunions annuelles de GBUI

2004: Résolution WHA 57.1 sur la lutte, la recherche et la surveillance de l'UB

- Guide sur le rôle des antibiotiques spécifiques dans le traitement de l'UB
- Directives pour la lutte contre l'UB dans la Région Africaine

2005

- Finalisation des modules de formation en organisation et gestion de PLUB au niveau district
- Nouveaux supports IEC : Affiches, boîte à images, guide de poche du relais communautaire, guide de poche pour la prévention des incapacités

2007

- Directives en Ppté pour les coordonnateurs de PNLUB
- Présentations Ppt pour des sessions de formation du personnel de santé

PERSPECTIVES

- Intégration de la lutte contre l'UB dans les formations sanitaires du niveau périphérique et avec les autres Maladies Tropicales Négligées
- Implication du niveau communautaire pour l'IEC, la Suspicion et la Référence
- Recherche:
  - Traitement antibiotique oral
  - Test de diagnostic rapide utilisable sur le terrain
  - Mode de transmission de l'UB
  - Vaccin

PRESENTATION DES FICHES DE SUIVI DU TRAITEMENT DE L'ULCERE DE BURULI
Par Dr Alexandre TIENDREBEOGOA
(Document pour la formation des agents de surveillance)

Remplissage des supports dans l'UB

Cours de formation des agents de santé pour la prise en charge et la surveillance de l'ulcère de Buruli

But de la session

- **Cette session a pour but de doter les agents de santé des connaissances et des compétences pour la notification et l'enregistrement des cas d'UB dans le cadre de la surveillance épidémiologique**
- **A la fin de la session, les participants doivent être capables de:**
  - **Remplir correctement les différents supports de notification, d'enregistrement et de rapport, notamment les supports UB01, UB02, UB03 et UB04**
  - **Calculer et interpréter les indicateurs essentiels de suivi et d'évaluation d'un programme de lutte contre l'ulcère de Buruli**

Qu'est ce que la fiche UB 01

- Fiche clinique et thérapeutique permettant de:
  - Noter les informations sur l'identité , l'adresse du malade et l'histoire de la maladie
  - Décrire la forme de l'UB, la localisation et la catégorie des lésions
  - Enregistrer les résultats des examens de laboratoire
  - Suivre le traitement antibiotique et noter le résultat du traitement

Remplissage de la fiche UB01

Nom de la formation sanitaire (FS):_____

Nom de l'agent responsable de la FS_____

Date du diagnostic ou de l'admission (jj/mm/aa) ___/___/___

Date de cicatrisation (jj/mm/aa) ___/___/___

Nom du malade _____N° de dossier:_____

Adresse (village ou quartier) _____

District/Département Province/Région :

Age (années) _____ Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin

Poids (Kg) _____ Profession_____

HISTOIRE DE LA MALADIE

Durée de la maladie avant la consultation (en semaines) _____

Recours à la médecine traditionnelle: ☐ Oui ☐ Non

Existence d'une limitation de mouvements articulaires ☐ Oui ☐ Non

Traitement antérieur à la streptomycine ☐ Oui (Nombre de jours : ___) ☐ Non

REFERE PAR:

☐ Le malade ☐ Volontaire villageois

☐ Membre de famille ☐ Ancien Patient

☐ Agent de santé ☐ Enseignant

☐ Autre, préciser_____

FORMES CLINIQUES

☐ Nodule (N) ☐ Plaque (Q)

☐ Oedème (E) ☐ Ulcère (U)

☐ Ostéomyélite (O) ☐ Papule (P)

CATEGORIES

☐ **Catégorie I**: lésion unique ≤ 5 cm de diamètre

☐ **Catégorie II**: lésion unique 6 –15 cm de diamètre

☐ **Catégorie III**: lésion unique > 15 cm de diamètre, lésions multiples et ostéomyélites

LOCALISATION DE LA (DES) LESION(S)

☐ Membre supérieur (MS) ☐ Abdomen (AB)

☐ Membre inférieur (MI) ☐ Dos (DO)

☐ Fesses et Périnée (FE)

☐ Thorax (TH) ☐ Tête et Cou (TC)

LOCLISATION (S) DELICATE (S)

☐ Œil ☐ Seins ☐ Organes Génitaux externes

CONFIRMATION BIOLOGIQUE

Prélèvements faits: ☐ **Oui** ☐ **Non** Date du premier prélèvement : ___/___/___

Type de prélèvement: ☐ Ecouvillon ☐ Aspirât par Aiguille Fine (AAF) ☐ Biopsie

Résultats

☐ ZN :	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Positif	☐ Négatif
☐ **PCR :**	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Positif	☐ Négatif
☐ **Histo :**	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Positif	☐ Négatif

TYPE DE TRAITEMENT (Cocher si applicable) ☐ Pansements ☐ Antibiotique ☐ Chirurgie (Date:____/____/___ ☐ Prévention des invalidités (PDI)

DOSAGES **Rifampicine:** _____ **(mg)** **Streptomycine:** _____ **(g)** **Autre (préciser) :**_____:_____**(mg)**

Cocher chaque jour d'une croix (X) après administration des antibiotiques ; Si les antibiotiques n'ont pas été administrés, remplir la case avec le symbole (Ø)

Jours / Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total Doses

RESULTATS DU TRAITEMENT

☐ 1a: Bonne complétude du traitement antibiotique ☐ 2a: Cicatrisé sans chirurgie ☐ 3a: Cicatrisé sans limitation de mouvement ☐ 4: Référer pour meilleur traitement

☐ 1b: Mauvaise complétude du traitement antibiotique ☐ 2b: Cicatrisé avec chirurgie ☐ 3b: Cicatrisé avec limitation de mouvement ☐ 5: Perdu de vue ☐ Décédé

SUIVI DU PATIENT PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

DATE	OBSERVATIONS
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	
____/____/____	

Remplissage de la fiche UB01

- **Qui ?**
  L'agent de santé qui diagnostique un cas d'UB et fait un prélèvement pour la confirmation de labo (recherche de BAAR ou PCR)
- **Où ?**
  Centre de santé, centre médical, centre ou hôpital de référence qui diagnostique et prend en charge les cas d'UB
- **Quand ?**
  Après avoir interrogé, examiné cliniquement le malade fait des prélèvements pour la confirmation de laboratoire et prescrit le traitement antibiotique

- **Comment ?**

Nom de la formation sanitaire	**Nom de la formation sanitaire où le malade a été diagnostiqué et reçoit son traitement.**
Nom de l'agent responsable	**Nom de l'agent de santé qui traite le malade**
Date du diagnostic ou de l'admission	**Date où le malade a été diagnostiqué ou date d'entrée s'il a été hospitalisé.** **NB: le malade peut être diagnostiqué et traité en ambulatoire.**
Date de cicatrisation	**Date où la lésion a été complètement guérie. Cela pourrait être différent de la date de fin du traitement complet.**
Nom du malade	**Le Nom et les Prénoms du malade (ex.: Asiedu Kingsley)**
Age (années)	**Age du malade en années (ex.:14 ans)**
Sexe	**Cochez Masculin ou Féminin selon le sexe du malade**
Profession	**Le métier ou la profession du malade. Pour les enfants à l'école notez élèves.**
Poids (Kg)	**Poids du malade en kilogrammes au moment du diagnostic**
Durée de la maladie avant la consultation (en semaines)	**Intervalle de temps en semaines entre le moment où le malade a remarqué la première lésion et le jour de la consultation**
Recours à la Médecine Traditionnelle	**Demandez poliment et sans intimidation si le malade a bénéficié d'un traitement traditionnel avant la consultation.**
Existence d'une limitation	**Incapacité à mobiliser une articulation atteinte**

de mouvements articulaires	**dans le cadre normal de son amplitude de mouvement.**
Traitement antérieur à la streptomycine	**A cause du cumul des doses de streptomycine, il est important de savoir s'il y a eu un traitement antérieur à la streptomycine et pendant combien de temps**. La durée totale du traitement à la streptomycine ne doit pas excéder 90 jours (soit 90 g pour un malade adulte en se basant sur la dose par kg de poids)

Référé par	**Ceci permet d'apprécier l'impact de l'éducation sanitaire et de la formation. Demandez toujours au malade pourquoi il a décidé de venir à la formation sanitaire.**
Formes cliniques	**Cocher la forme clinique de la maladie. Si le malade a plusieurs types de lésions, faites un choix multiples**
Catégories	**Choisissez la catégorie en fonction de la taille approximative de la lésion (y inclus la zone indurée à la palpation). Aider vous d'une règle ou d'un mètre ruban.**
Localisation de la (des) lésion(s)	**Sélectionnez la zone anatomique du site de la (ou des) lésion(s)**
Prélèvement fait	**Il est important de faire des prélèvements lors du diagnostic et parfois au cours du traitement. Si Oui, remplir un bulletin de laboratoire pour chaque malade ou chaque lésion (en cas de lésions multiples).**
Type de prélèvement	**Choisissez le type de prélèvement fait. Dans les lésions multiples, les prélèvements de chaque lésion sont étiquetés séparément. Au moins 2 prélèvements sont faits sur chaque lésion. L'abréviation AAI est pour Aspirât par Aiguille d'Injection**

Résultats	**Lorsque vous recevez les résultats du laboratoire, remplissez la partie des résultats et agrafez le bulletin d'examen à la fiche BU 01.N.**
Dosages	Vérifiez au dos de la fiche les doses correspondantes au poids du malade. Cochez l'intervalle de poids correspondent du malade et faites un cercle autour des doses correspondantes de rifampicine et de streptomycine. Inscrivez les doses exactes de rifampicine et de streptomycine.
Administration des antibiotiques	Ecrivez le nom du mois de début du traitement. Cocher le jour où le traitement a débuté et marquez par (X) chaque jour où le traitement est donné. Si le malade manque un jour de traitement marqué Zéro barré (Ø). Un traitement complet comprend un total de 56 doses prises dans l'intervalle de 70 jours (10 semaines).

- **Comment ?**

Résultats du Traitement	Choisissez les résultats du traitement. Pour chaque malade plusieurs options seront sélectionnées. Pour la plupart des malades les options 1 à 3 doivent être cochées. **Traitement Antibiotique Complet**: 56 doses prises en une période de 70 jours **Traitement Antibiotique Non complet**: Si un malade a manqué plus de 7 jours ou prises **On** encouragera tous les malades à prendre leur régulièrement et de manière continue leur 56 doses de traitement. Limitation de mouvement d'une quelconque articulation signifie que le malade après guérison totale de sa lésion ne peut complètement étendre l'articulation touchée dans le cadre de l'amplitude normale du membre.

Qu'est ce que le registre UB02

- **C'est le regroupement de fiches UB02 en un fascicule ou registre qui est gardé au niveau du district. Il permet d'enregistrer tous les cas déclarés d'UB de tout le district ou d'un centre de référence.**
    - Chaque page est en 3 volets dont le premier est envoyé au niveau National et le second au niveau intermédiaire mensuellement
    - A partir du registre UB02, on peut calculer les indicateurs essentiels comme les prévalences de période et instantanée, le taux de détection, la répartition selon le sexe, l'âge, le lieu de résidence, le pourcentage de nouveaux cas précocement détectés (pourcentage de formes pré ulcératives, ou de lésions de catégorie 1 ou pourcentage de limitation de mouvement au dépistage, etc.)

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE **REPUBLIQUE GABONAISE**

Fiche d'enregistrement des cas d'ulcère de Buruli

REGISTRE UB 02

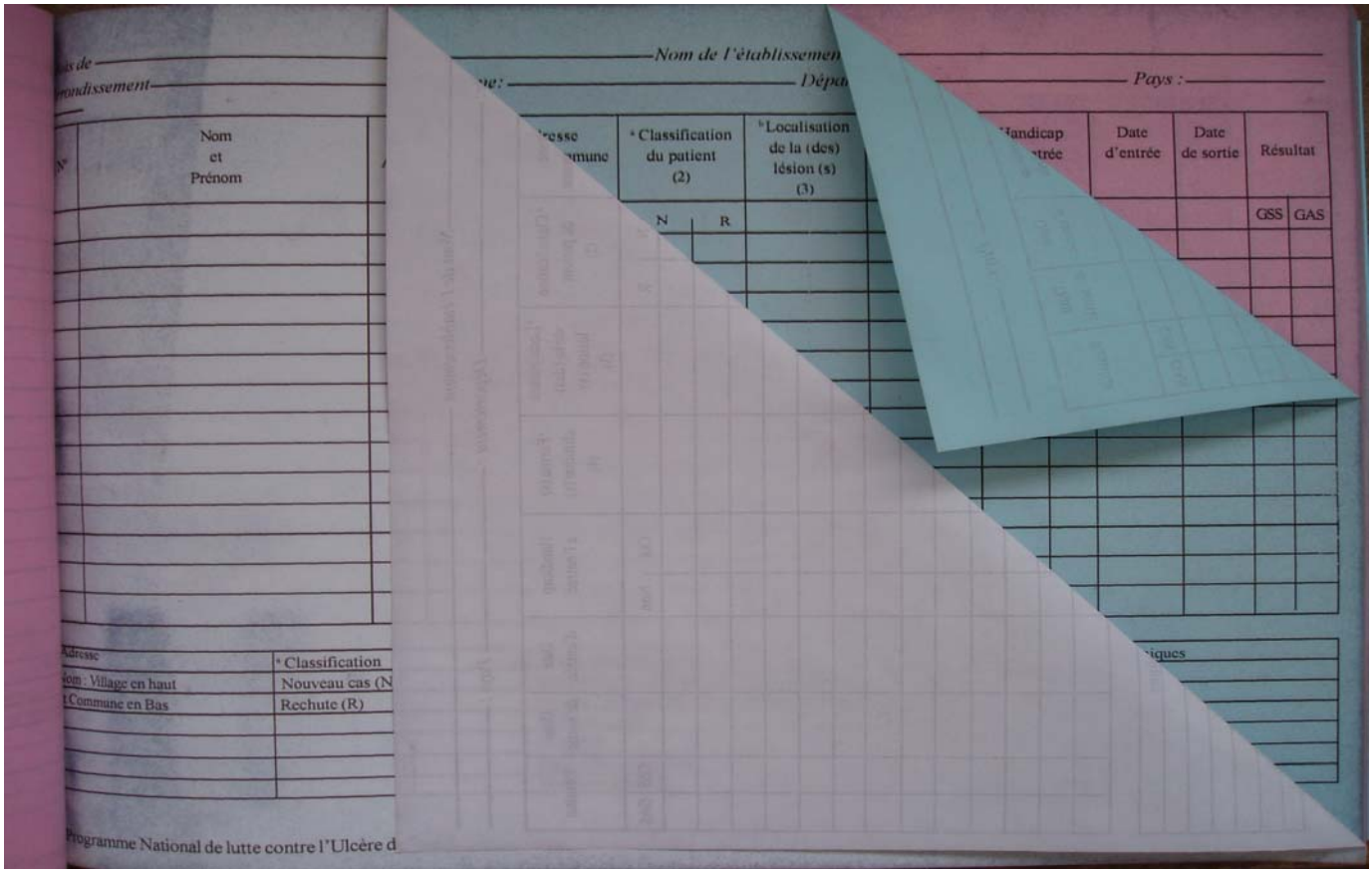
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE : …… **DEPARTEMENT DE** : ……

FORMATION SANITAIRE : …….. **MOIS DE** : **ANNEE** : **20**

N°	Date du diagnostic	Nom et Prénoms	Age	Sexe	Adresse (Ville, village ou quartier)	[a] Classification du malade		[b] Forme clinique	[c] Sites des lésions	[d] Catégorie	Prélèvement pour examen de labo fait (Oui/Non)	Limitation de mouvement ou Amputation (Oui /Non)	Traitement antibiotique (Oui/Non)
						N	R						

Classification du malade	b Sites des lésions	c Formes cliniques		d Catégories
Nouveau cas (N)	Membre supérieur (MS)	Papule (P)	Papule et Nodule (P/N)	**CAT1**=Catégorie I = lésion unique inférieure ou égale à 5 cm de diamètre
	Membre inférieur (MI)	Nodule (N)	Nodules et plaques (N/Q)	
	Abdomen (AB)	Plaque ou placard (Q)	Plaque et œdème (Q/E)	
	Dos (DO)	Œdème (E)	Œdème et ulcère (E/U)	**CAT2** = Catégorie 2 = lésion unique de 5 à 15 cm de diamètre
Rechute (R)	Fesses et périnée (FE)	Ulcère (U)	Ulcère et ostéomyélite (U/O)	
	Thorax (TH)	Ostéomyélite (O)	Papule, Nodule et Plaque (P/N/Q)	**CAT3** = Catégorie 3 = lésion unique de plus de 15 cm, lésions multiples, localisations délicates, ostéomyélite
	Tête et cou (TC)	Nodules, Plaques et ulcères (N/Q/U)	Nodule, Plaque et Œdème (N/Q/E)	
		Œdème, ulcère et ostéomyélite (E/U/O)	Nodule, Œdème et ulcère (N/E/U)	

<u>Exemple de registre UB02 : Bénin</u>



- **Qui ?**
  Membres de l'équipe cadre du district ou chargé des statistiques du centre de référence
- **Où ?**
  Au niveau du district ou du centre de référence
- **Quand ?**
  Chaque fin de mois, les 3 volets d'une page du registre doivent être complétés à partir des informations des fiches UB01 des malades dépistés du mois et transmis aux niveaux Intermédiaire et National

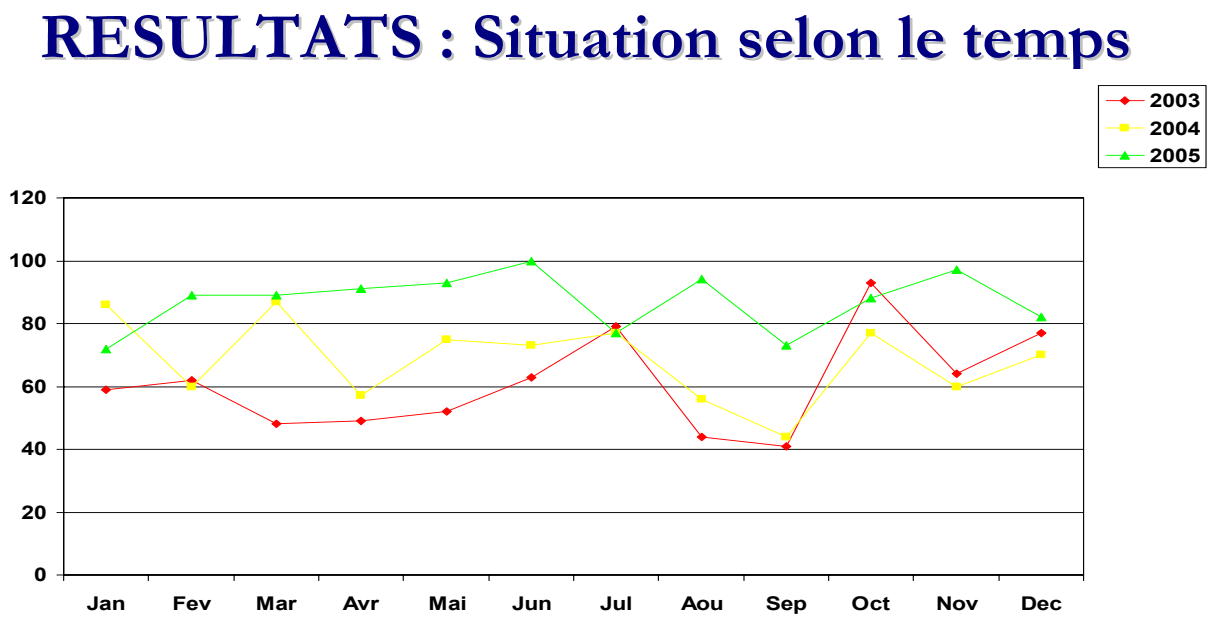
Remplissage du registre
Comment ?

Mois de	Ecrire le mois pour lequel la fiche est remplie
Nom de la formation	Ecrire le nom de la formation sanitaire (hôpital, centre de santé, etc.)
District	Ecrire le nom du district où la formation sanitaire est située
Région Province Département	Ecrire le nom de la Région/Province ou Département abritant la localité
Date	Ecrire la date du diagnostic clinique
Nom et Prénoms	Ecrire les nom et prénoms en entier du malade (e.g. ASIEDU Kingsley Bampoe)
Age en années	**Ecrire l'âge du malade en années avec deux chiffres, ex: 05 ou 34**
Sexe	Ecrire M pour masculine et F pour féminin
Adresse de Résidence	Ecrire le nom du village ou de la ville du malade
District	Ecrire le nom du district où se trouve le village ou la ville du malade
Classification du malade	Ecrire la catégorie du malade • N si le malade est un nouveau cas • R si le malade est un cas de rechute
Catégorie	• **CAT I**: une lésion unique de moins de 5 cm de diamètre • **CAT II**: une lésion unique mesurant entre 5 et 15 cm de diamètre **CAT III**: une lésion unique de plus de 15 cm de diamètre, des lésions multiples, une lésion sur site critique (visage, seins, organe génitaux externes)
Sites des lésions	Ecrire : • **MS**: si la lésion est sur le membre supérieur • **MI**: si la lésion est sur le membre inférieur • **AB**: si la lésion est sur l'abdomen • **DO**: si la lésion est sur le dos • **TH**: si la lésion est le thorax (poitrine) • **FE**: si la lésion se situe sur les fesses ou le périnée • **TC**: si la lésion se situe sur la tête ou le cou

Limitation de mouvement articulaire	Ecrire **Oui** s'il y a limitation de mouvement articulaire ou **Non** s'il n'y en a pas
Prélèvements	Indication de prélèvements faits ou non quand le malade a été vu la première fois par l'agent de santé. Il y a 3 types de prélèvements : écouvillonnage, aspiration par aiguille d'injection (AAI) et biopsie

<u>Distribution des cas dans le temps (exemple du registre UB02 du Bénin)</u>

RESULTATS : Situation selon le temps

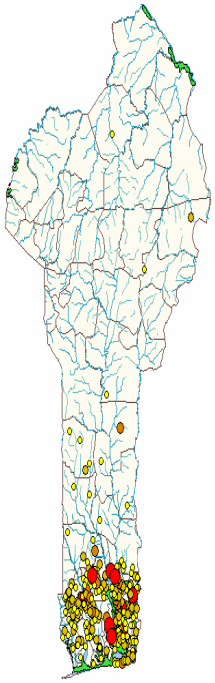


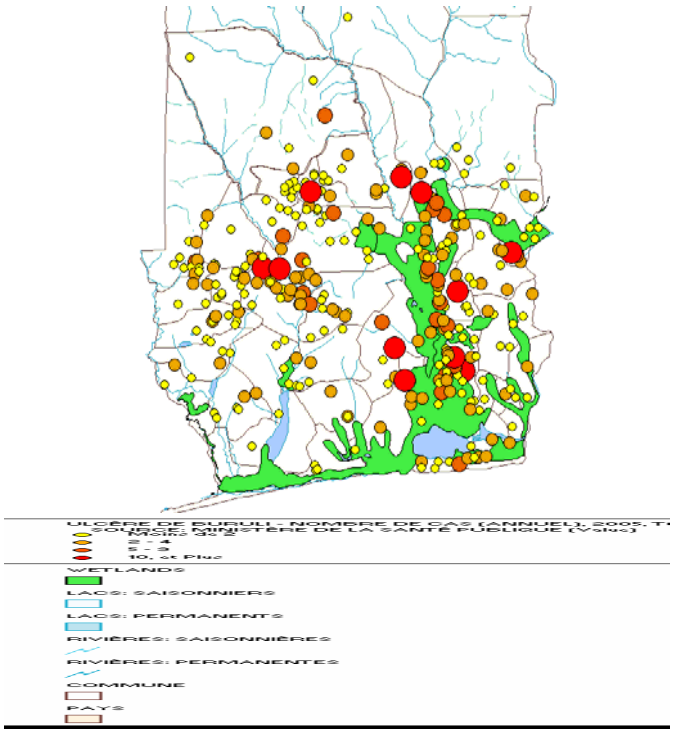
- En moyenne 72 malades sont détectés et pris en charge au Bénin chaque mois.
- Les inflexions observées dans la période de septembre octobre chaque années pourraient être liées au fait des vacances de certaines structures de prise en charge pendant cette période et non à une quelconque variation saisonnière

Cartographie de la maladie à partir du registre UB02
(Exemple du Bénin)

RESULTATS : Situation dans l'espace au niveau village (2003-2005)

RESULTATS : Situation dans l'espace au niveau

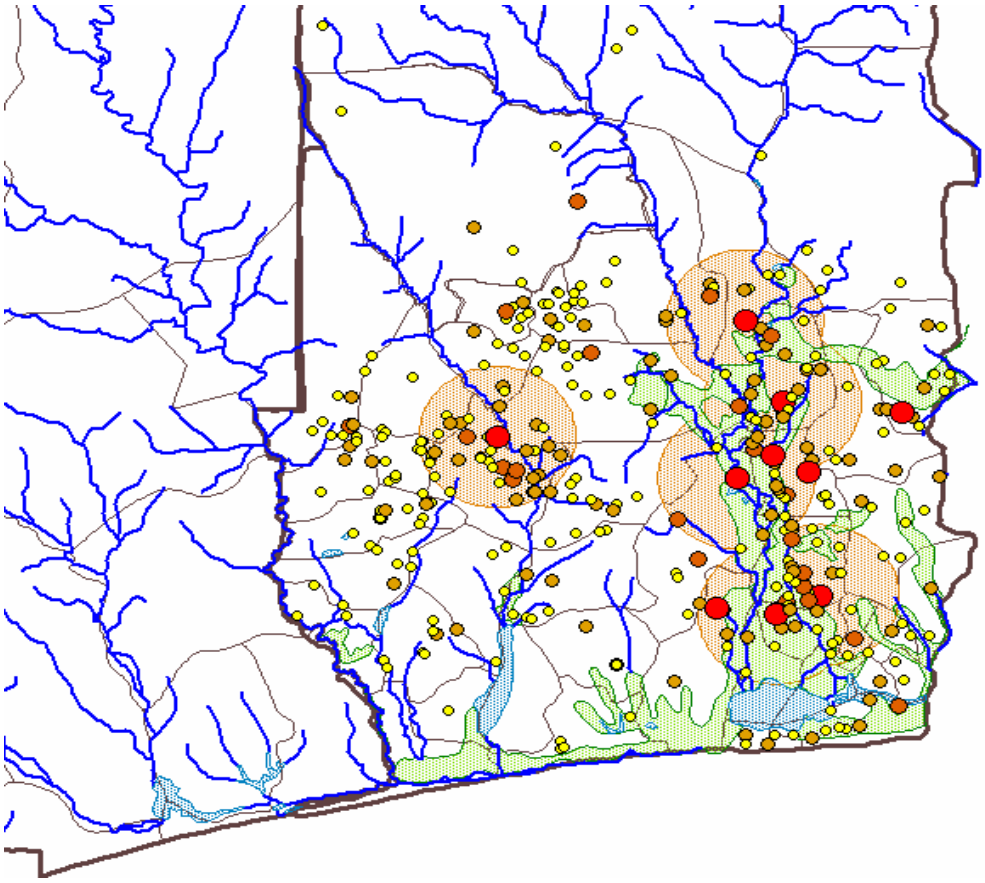




Cartographie de la maladie à partir du registre UB02
(Exemple du Bénin)

RESULTATS : Situation dans l'espace

- **Ces cartes montrent que les cas sont:**
  - **Focalisés dans des villages situés le long de 2 cours d'eau (le Couffo et l'Ouémé) et des marécages.**
    - **Curieusement, à latitude égale, on n'observe pas autant de cas le long du fleuve Mono. Ces données doivent toutefois être comparées avec celles du TOGO**



Les autres supports

- UB03 : Bulletin d'examen de laboratoire
- UB04 : Rapport périodique (trimestriel) des résultats de traitement et de laboratoire
- Rapport annuel sur l'ulcère de Buruli

- UB01 simplifiée : fiche de notification individuelle de cas d'UB

Fiche de suspicion d'UB (relais communautaires)**UB 03**

UB 03

DEMANDE DE CONFIRMATION EN LABORATOIRE D'UN CAS D'ULCERE DE BURULI

I. Informations générales

Nom de l'établissement de soins : _____

Nom de l'agent de santé ayant fait la demande d'analyse : _____

Nom du patient : _____ N° de dossier :_____

Age (ans) : _____ Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse (village ou quartier) : _____ District : _____

Classification : ☐ Nouveau ☐ Rechute

Forme clinique : ☐ Nodule (N) ☐ Plaque (Q) ☐ Œdème (E) ☐ Ulcère (U) ☐ Ostéomyélite (O)

Date du prélèvement : _____

Type of prélèvement : ☐ Ecouvillon ☐ Aspiration par aiguille fine (AAF) ☐ Biopsie

II. Raisons de la demande d'analyse de laboratoire

Nature de(s) l'analyse(s)	☐ ZN	☐ PCR	☐ Culture	☐ Histopathologie

Raisons

☐ Diagnostic d'un nouveau cas

☐ *Suivi d'un patient pendant le traitement antibiotique (_____semaines de traitement antibiotique)

☐ Diagnostic d'un cas de rechute (date du dernier traitement antibiotique: date ou mois _____)

☐ Suivi d'un patient après le traitement antibiotique

III. Résultats

Examens	ZN	PCR	Culture	Histopathologie
Date : ___/___/___				
Date : ___/___/___				

Commentaires : _____

_____

Nom de la personne donnant les résultats : _____

Nom du laboratoire : _____

Date : _____

* peut inclure un patient ne répondant pas au traitement comme souhaité

UB 04 : rapport

Rapport trimestriel des résultats de traitement des nouveaux cas et des rechutes

Trimestre (Mois:_____/20__)

Nom de la Formation sanitaire : _____District_____Région/Province/Département_____

No	NOM et Prénoms	Résultats de Labo			Résultats des Traitements					
		ZN	PCR	Histo	Traitement antibiotique Complet	Guéri sans chirurgie	Guéri sans limitation de mouvement	Référés	Perdus de vue	Décédés
					Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non			

Résultats de traitement pour seulement les malades déclarés guéris et sortis du traitement ou de l'hôpital

UB 04 : Résumé

Rapport annuel : page 1

Résumé des résultats de traitement et de laboratoires des nouveaux cas		
Trimestre (Mois:_____/20___)		
Formation sanitaire:_____District_____		
	Résultat de traitement	Nombre
1a	Nombre total de malades achevant le traitement antibiotique	
1b	Nombre total de malades n'achevant pas le traitement antibiotique	
Total		
2a	Nombre total de malades guéris **sans** chirurgie	
2b	Nombre total de malades guéris avec les antibiotiques + chirurgie	
Total		
3a	Nombre total de malades guéris **sans** limitation de mouvement	
3b	Nombre total de malades guéris avec limitation de mouvement	
Total		
4	Nombre total de malades référés pour traitement	
5	Nombre total de malades perdus de vue	
6	Nombre total de malades décédés au cours de traitement	
Résuktats de Laboratoire		
Nombre de malades confirmés par le ZN		
Nombre de malades confirmés par la PCR		
Nombre de malades confirmés par l'histologie (Ana-path)		
NOMBRE TOTAL DE CAS CONFIRMES		
Nom de la personne soumettant le rapport :_____Date : ___/___/___		
Résultats de traitement pour seulement les malades déclarés guéris et sortis du traitement ou de l'hôpital		

Rapport annuel : page 2

1.3 Répartition selon la tranche d'âge et le sexe (nouveaux cas seulement)

	< 15 ans	15 – 49 ans	> 49 ans	Total
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Sexe masculin				
Sexe féminin				(d)
Total	(e)			(a)

2. Confirmation des cas en laboratoire (nouveaux et rechutes)

Parmi le nombre total de cas notifies sous le point 1.1 :

	Nombre
Nombre total de cas confirmés par ZN	
Nombre total de cas confirmés par la biologie moléculaire (PCR)	
Nombre total de cas confirmés par histologie	
Nombre total de cas pour lesquels la confirmation n'était pas possible	
Nombre total de cas confirmé par au moins une des méthodes	(f)

3. Analyse des formes cliniques et des catégories de traitement dans le total des cas détectés

	CAT I	CAT II	CAT III	TOTAL (%)
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Non ulcérée				
Ulcérée				(g)
Total				(a)

Rapport annuel : page 3

Indicateurs

Indicateur	Calculs	Résultats
1. Taux de dépistage des nouveaux cas	$\frac{a}{\text{Population}} \times 100{,}000$	
2. Pourcentage de nouveaux cas avec limitation de mouvement articulaire	$\frac{b}{a} \times 100$	
3. Pourcentage de personnes de moins de 15 ans parmi les nouveaux cas	$\frac{e}{a} \times 100$	
4. Pourcentage de malade de sexe féminin parmi les nouveaux cas	$\frac{d}{a} \times 100$	
5. Pourcentage de tous les cas confirmés	$\frac{f}{c} \times 100$	
6. Pourcentage des cas ulcérés parmi les nouveaux cas	$\frac{g}{a} \times 100$	

Fiche de notification individuelle

Fic

MINISTERE DE LA SANTE **REPUBLIQUE GABONAISE**

FICHE DE NOTIFICATION INDIVIDUELLE DE CAS D'ULCERE DE BURULI

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE :……

DEPARTEMENT DE :……FORMATION SANITAIRE DE :…….

Numéro d'enregistrement /_____ /_____/ **Date de sortie**:/____ /_____/_____ /
N° d'ordre / Année / / Jour / Mois / Année /

NOM :_____
Prénom :_____

Mode ou état à la sortie :

Guéri sans complication (GSC)	☐	Sortie sans avis médical (SAM)	☐
Guéri avec complication (GAC)	☐	Décès dû à UB (DUB)	☐
Transféré/Référé (TFR)	☐	Décès non dû à UB (DNU)	☐
Abandon/ Perdu de vue (APV)	☐	Erreur de diagnostic (EDD)	☐

Limitation de mouvement articulaire ou amputation à la sortie : NON☐ OUI☐

MINISTERE DE LA SANTE **REPUBLIQUE GABONAISE**

FICHE DE NOTIFICATION INDIVIDUELLE DE CAS D'ULCERE DE BURULI

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE :……

DEPARTEMENT DE :……FORMATION SANITAIRE DE :…….

Numéro d'enregistrement /_____ /_____/ **Date de dépistage**:/____ /_____/_____ /
N° d'ordre / Année / / Jour / Mois / Année /

NOM :_____
Prénom :_____

Année de naissance : Age : Sexe: ☐M ☐F
Adresse de Résidence (Ville, village, quartier, renseignements permettant de retrouver le malade):
_____

Type de malade Nouveau ☐ Rechute ☐

Site des lésions : MI☐ MS☐ Dos☐ Tête et cou☐
Abdomen☐ Thorax☐ Périnée et fesses ☐
Type de lésions : Papule ☐ Nodule☐ Plaque☐
(Formes cliniques) Œdème☐ Ulcère ☐ FMixteU ☐ FSansU☐
Catégorie des lésions : CAT1 (lésion unique≤ 5 cm) ☐ CAT2 (lésion unique 5-15 cm) ☐

Exemple de données élémentaires à enregistrer

Nom de famille . . . . . Prénom . . . . . .

Adresse . . . . . .

. . . . . .

Age . . . . Sexe ☐ F ☐ M Date . . . . . .

Classification ☐ nouveau ☐ rechute

Site de la lésion: ☐ jambe ☐ bras ☐ poitrine

☐ abdomen ☐ dos ☐ visage ☐ cou

Forme clinique :

☐ nodule ☐ plaque ☐ œdème ☐ ulcère

MINISTERE DE LA SANTE REPUBLIQUE GABONAISE

FICHE DE SUSPICION COMMUNAUTAIRE
DE CAS D'ULCERE DE BURULI

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE :……

DEPARTEMENT DE :……
VILLAGE ou QUARTIER DE :…….

NOMS et Prénoms du suspect :……
Adresse ou précision permettant de retrouver le suspect dans son village ou quartier :
……..
……..

Age : Adulte □ Enfant (moins de 15 ans) □
Sexe : Homme □ Femme □
Nouveau suspect □ Ancien cas d'UB □
Nombre de lésions suspectes :

Sites des lésions suspectes :
Jambes (membres inférieurs) □ Bras (membres supérieurs) □
Poitrine □ Ventre (Abdomen) □ Dos □
Visage □ Tête et cou □ Fesses et parties génitales □

Type de lésions :
Bouton ou grosseur (papule/nodule) □ Plaie (ulcère) □
Tuméfaction (plaque/œdème) □ Atteinte de l'os □

ANALYSE DE LA SITUATION DE LA LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI DANS LA REGION MARITIME AU TOGO

Réalisée par :

Dr Kossi Semenu ATTISSO, CN/PNLUB
Mr Dénis GADAH, Chef de Projet Ulcère de Buruli- Handicap International
Dr Ghislain E. SOPOH, Directeur du CDTUB Allada (Bénin)
Mme Rozenn BOTOKRO, Référente Technique Réadaptation-Handicap International
Mr Aboudou BIAOU, Adjoint à la Référente Régionale Réadaptation - Handicap International

PROBLEMATIQUE

- L'Ulcère de Buruli (UB), maladie émergente due à *Mycobacterium ulcerans,* constitue un problème de santé publique dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest comme au Togo.

- Conscient de la réalité de l'affection dans le pays, le Programme National de lutte contre l'Ulcère de Buruli (PNLUB) a été créé depuis 1999 et à eu mener plusieurs actions, essentiellement axées sur la sensibilisation et le plaidoyer.

- Cependant, ces différentes activités n'ont pas réussi à assurer un contrôle efficace de l'affection au Togo du fait, entre autre, de:

- ⇨ L'absence, jusqu'en octobre 2006, d'un Coordonnateur à plein temps et stable sur le moyen et long terme,
- ⇨ L'absence d'un plan stratégique de lutte contre l'ulcère de Buruli
- ⇨ L'Insuffisance de ressources (humaines et financières) pour le contrôle de cette affection.

➲ La présente analyse de situation s'inscrit dans le processus de rédaction d'un plan stratégique national pour le PNLUB

OBJECTIFS

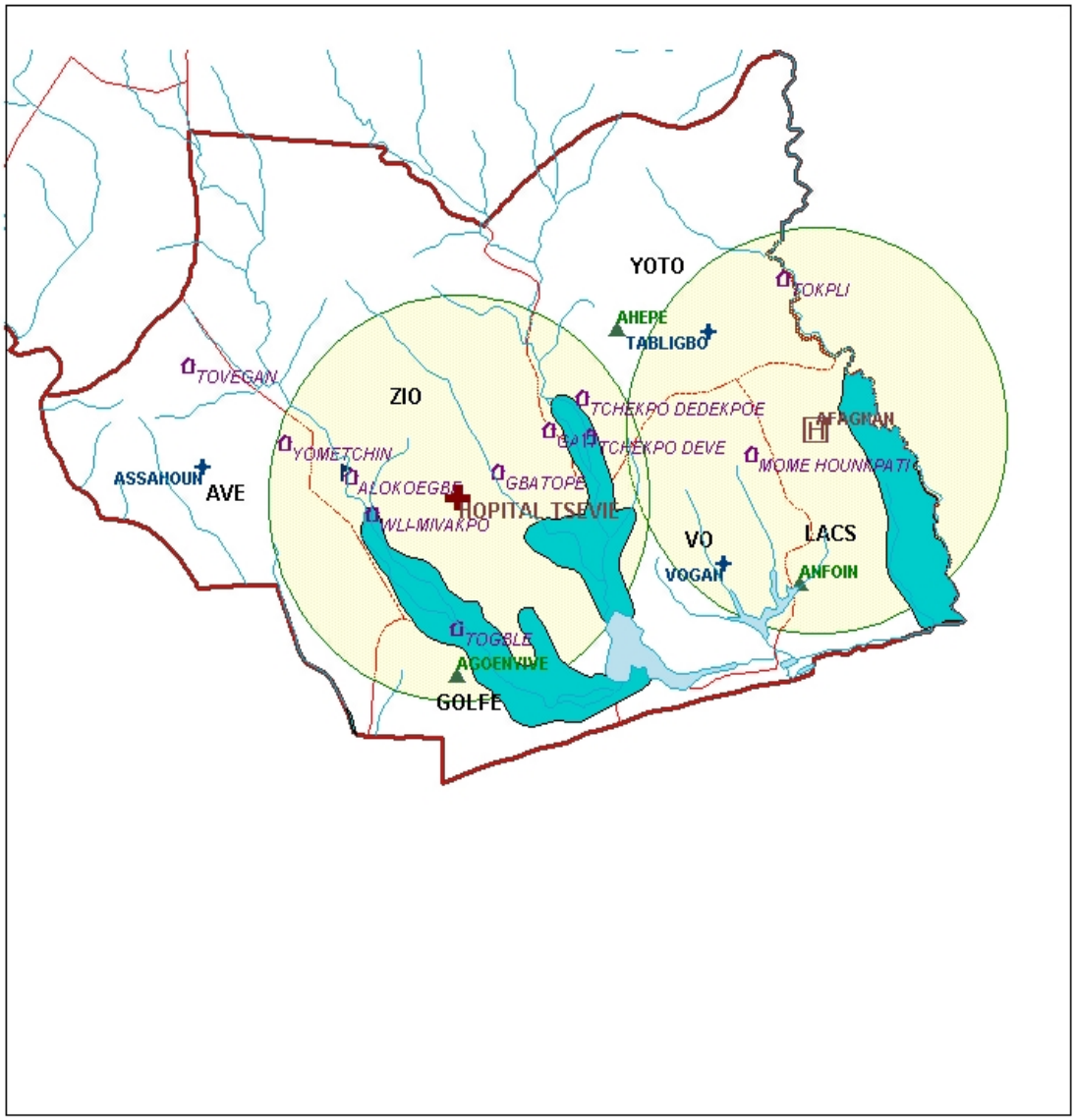
➲ ***Établir les données épidémiologiques*** sur la maladie dans la région maritime ;

➲ ***Évaluer les structures de santé*** à travers les 8 points stratégiques de contrôle de l'Ulcère de Buruli

➲ ***Identifier les besoins*** auxquels devra répondre le futur plan stratégique du PNLUB

➲ REGION MARITIME

➲ 20 Formations sanitaires visitées
- ⇨ 1 CHR
- ⇨ 1 Hôpital confessionnel
- ⇨ 3 CHP
- ⇨ 4 CMS
- ⇨ 11 USP


YOTO
TOKPLI
AHEPE
TABLIGBO
TOVEGAN
ZIO
TCHEKPO DEDEKPOE
AFAGNAN
YOMETCHIN
TCHEKPO DEVE
MOME HOUNKPATI
ASSAHOUN
AVE
ALOKOEGBE
GBATOPE
HOPITAL TSEVIE
WLLMIVAKPO
VO
LACS
VOGAN
ANFOIN
TOGBLE
AGOENYIVE
GOLFE

Méthode

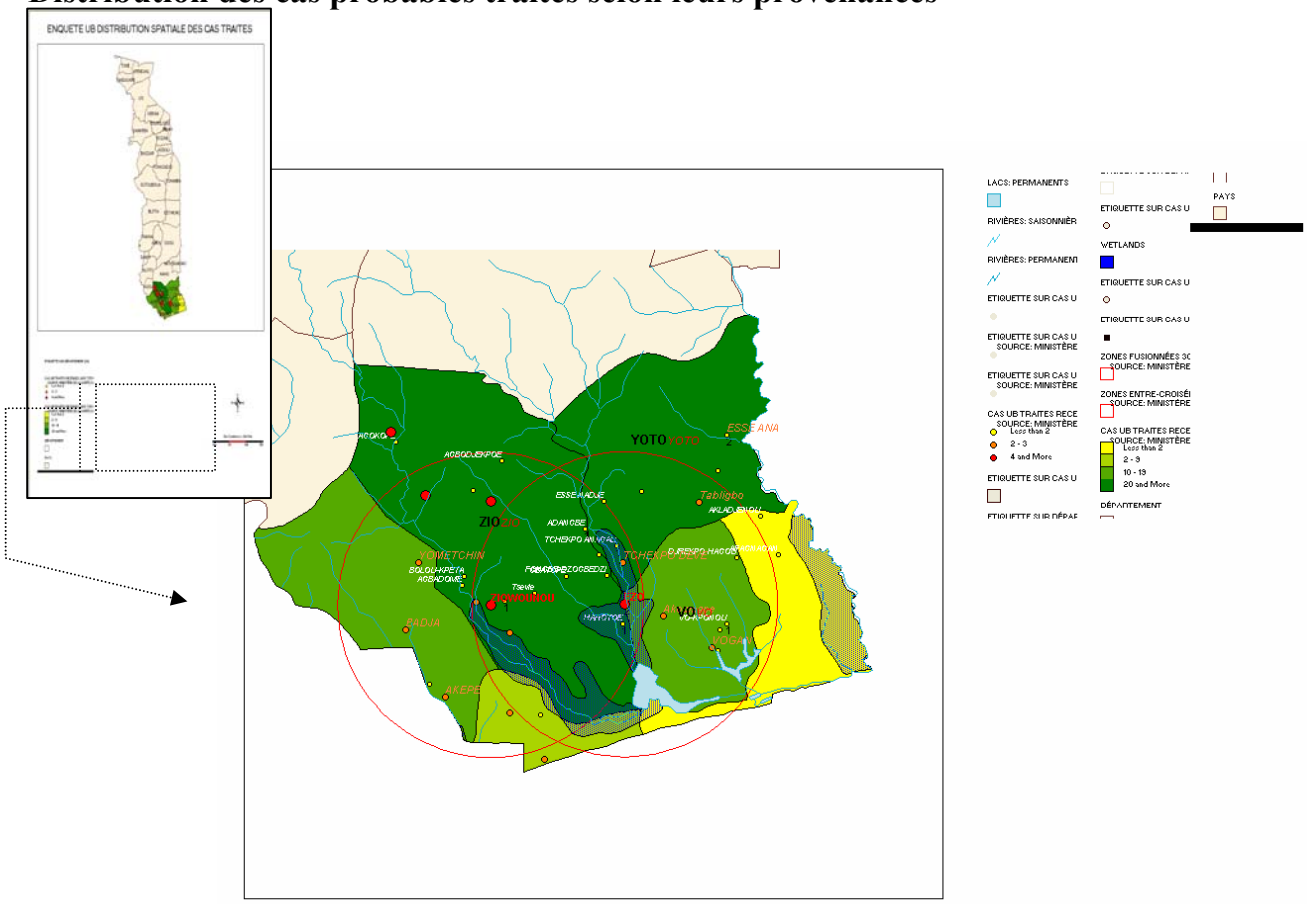
- ***Étude*** transversale, rétrospective et une revue documentaire.
- ***Recueil des données*** sur la période allant de 1999 à la date de l'enquête.
- ***Cibles*** rencontrées:
  - responsables des structures administratives et de soins
  - agents de santé de différentes catégories.
  - patients vus aux soins
- ***Documents exploités***:
  - Différents registres (d'admission, d'hospitalisation, de laboratoire, de notification, du service de kinésithérapie …)
  - Dossiers des malades (lorsqu'ils existent)
  - Données de l'enquête de prévalence effectuée par le PNLUB en 2005
  - Différents documents et données (rapports, notes de services, présentations, articles …) du PNLUB et de l'OMS
  - Résultats des prélèvements envoyés à l'Institut de Médecine Tropicale d' Anvers depuis 1998
- ***Documents exploités***:
  - Différents registres (d'admission, d'hospitalisation, de laboratoire, de notification, du service de kinésithérapie …)
  - Dossiers des malades (lorsqu'ils existent)
  - Données de l'enquête de prévalence effectuée par le PNLUB en 2005
  - Différents documents et données (rapports, notes de services, présentations, articles …) du PNLUB et de l'OMS
  - Résultats des prélèvements envoyés à l'Institut de Médecine Tropicale d' Anvers depuis 1998
- ***Techniques de collecte***:
  - Entretien individuel a été utilisé avec les responsables des structures administratives et de soins.
  - Entretiens de groupe avec les agents de santé
  - Exploitation de documents.

RESULTATS DE L'ANALYSE DE LA SITUATION

Synthèse des données épidémiologiques

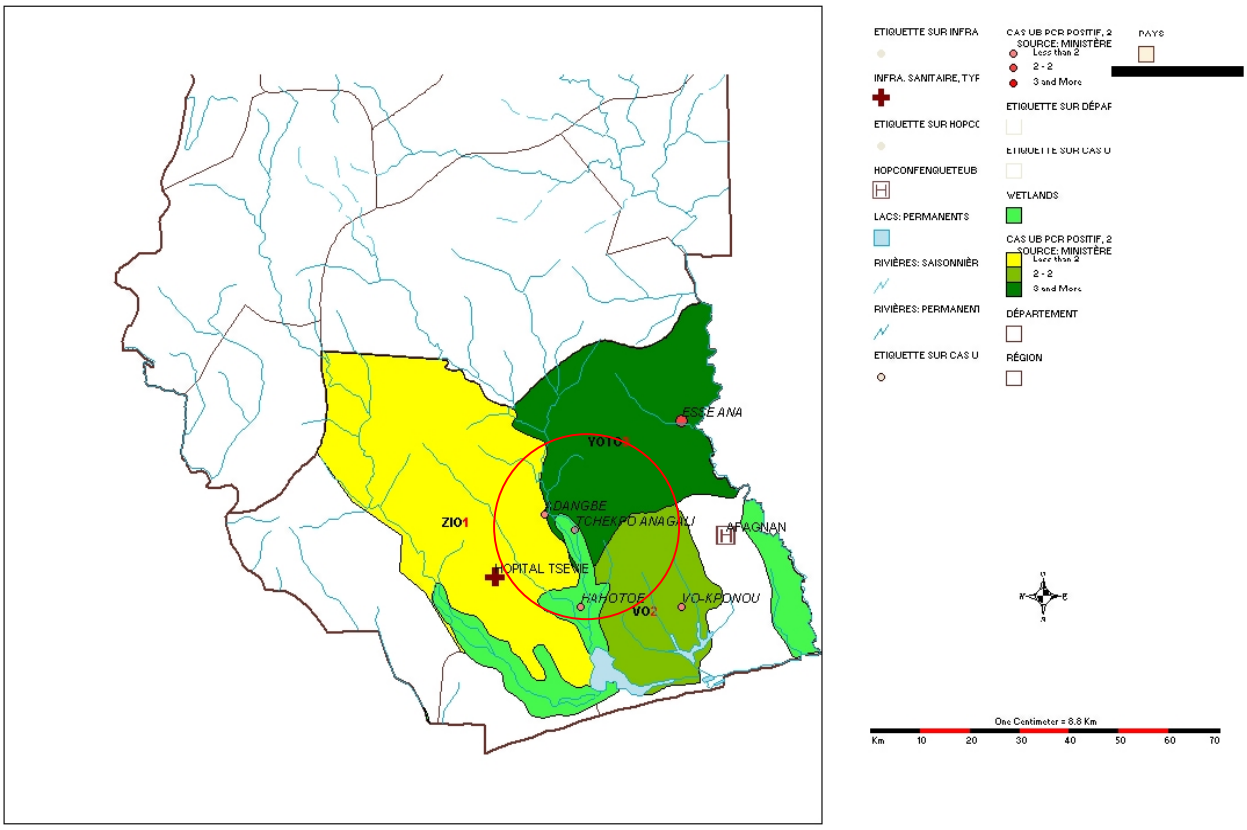
- Les six districts de la région maritime sont probablement endémiques pour l'ulcère de Buruli ;
- Les districts de Zio, Yoto et Vo ont une endémicité certaine.
- Les villages situés le long du fleuve Haho semblent être les plus à risque.

Distribution des cas probables traités selon leurs provenances



Provenance des cas traités, confirmés par la PCR (PCR+)

DISTRIBUTION DES CAS PCR+



Synthèse des données épidémiologiques

- La ***demande de soins*** actuelle est encore ***tardive*** avec plus de 22% de cas admis aux soins avec déjà une limitation fonctionnelle.
- La ***qualité*** actuelle ***des soins*** ne permet pas de réduire de façon sensible la proportion de limitation fonctionnelle après traitement.
- La ***confirmation biologique*** n'est pas assez documentée. Elle n'est pratiquée que chez 18% des patients.

Situation de la prise en charge de l'ulcère de Buruli

- Il existe un énorme ***potentiel de prise en charge*** pour tous les volets (traitement médical, chirurgical et prévention des incapacités) ainsi que pour la confirmation biologique.
- Il existe une ***volonté politique***, traduite par la création d'un programme de lutte contre l'UB. Mais le PNLUB manque de ressources.

Situation de la prise en charge de l'ulcère de Buruli

- Problèmes à résoudre
  - En général
    - Insuffisance d'équipement et de disponibilité en consommables
    - Déficit de formation des agents de santé surtout ceux de la périphérie
    - Insuffisance de confirmation biologique des cas traités
    - Insuffisance d'implication communautaire en vue d'un dépistage actif
    - Absence d'enregistrement et notification de la maladie dans les USP
- Problèmes à résoudre (suite):
  - Hôpital de Tsévié
    - Infrastructure inadéquate (nombre de lit d'hospitalisation, fonctionnalité du bloc, service de physiothérapie)
    - Insuffisance de l'équipement disponible (matériel de pansement, de stérilisation, de physiothérapie) et de consommables;
    - Insuffisance de l'intégration de tous les acteurs potentiels dans le circuit de prise en charge du patient
    - il n'existe pas une intégration de l'hôpital au sein de la communauté.

PROBLEMES PRIORITAIRES

- Insuffisance d'organisation du réseau de diagnostic et de prise en charge des cas d'UB
- La proportion de limitation fonctionnelle après traitement est élevée
- Insuffisance de la formation du personnel et de leur implication dans la PEC
- Le système de surveillance de routine n'est pas fonctionnel
- Les connaissances de la population sur la maladie sont insuffisantes

SUGGESTIONS

- **Mettre en place un *système de surveillance* épidémiologique de routine prioritairement dans les trois districts qui se partagent les berges du fleuve Haho.**
- **Organiser la *prise en charge médicale* déjà au niveau des USP et CHP.**
  - **Pour ce faire, renforcer ces structures en matériel de pansement et les appuyer en consommables**
- **Organiser la *prise en charge chirurgicale* au niveau des deux hôpitaux de Tsévié et Afagnan dans la région maritime.**
- **La *prévention des incapacités* est possible dans les deux hôpitaux, à condition qu'une formation et un encadrement adéquats soient apportés aux physiothérapeutes y exerçant. L'atelier d'orthopédie de l'hôpital d'Afagnan et le CNAO pourront servir de base à la réadaptation physique**

- **Les *laboratoires* des CHP peuvent assurer la confirmation par la recherche des BAAR ; celui du CHR pourra être outillé pour assurer le contrôle de qualité.**

CONDITIONS DE REUSSITE

- ***RESSOURCES HUMAINES***

  - **DISPONIBILITE**
  - **ENGAGEMENT**
  - **COMPETENCE**
  - **STABILITE**

- ***ORGANISATION***

  - **TRAVAIL EN EQUIPE**
  - **TRAVAIL EN RESEAU**
  - **INTEGRATION**

- ***CONDITIONS DE TRAVAIL***

  - **AMELIORATION DU CADRE**
  - **DISPONIBILITE DU MATERIEL**

« L'homme, la créature qui vit, l'individu qui crée est toujours plus important qu'un style ou qu'un système établi ».

Je vous remercie

ATELIER SUR POLITIQUE NATIONALE ET PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI

(FOPADESC 1-2-3 août 2007)

LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI AU TOGO :
État de la situation
Par **Dr ATTISSO**, PNLUB Togo**PLAN DE PRESENTATION**

- HISTORIQUE
- QUELQUES DONNEES STATISTIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES
- OÙ EN SOMMES-NOUS?
- Organisation et gestion du Programme
- Situation par rapport aux 8 axes stratégiques
- DIFFICULTES
- PERSPECTIVES

HISTORIQUE

- 1996: description des premiers cas au Togo par MEYERS, PORTAELS et all.
- 1998: Participation du Togo à la réunion de l'OMS sur l'UB à Yamoussoukro
- 1999: Mise en place du PNLUB
- 2004: Enquête rapide couplée avec JNV: 1500 cas de plaies chroniques avec 785 fortement suspects

DONNEES STATISTIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES

- 1996: 2 cas
- 1995 à 1998 : 33 cas traités à Afagnan
- 1999: 48 cas dépistés dont 44 ont bénéficiés d'analyse et parmi 7 PCR+
- 2000: 18 cas notifiés dont 6 positifs à M. ulcerans
- 2000 à 2002: 102 cas cumulés2004: 18 prélèvements dont 2 positifs

(NB:785 cas suspects de la campagne JNV)

- 2006: 40 cas notifiés dans la RM

Tous les cas notifiés proviennent de 11 préfectures sur 30 que compte le pays

Répartition des cas recensés en 2004

REGION	NBR CAS	NBR PROB
Lomé C	12	21
Maritime	417	244
Plateaux	641	215
R Centrale	298	159
Kara	136	115
Savanes	60	31
TOTAL	1 564	785

Cas notifiés de 2002 à 2006 dans la RM

	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
AVE	0	0	04	49	05	58
GOLFE	0	0	0	0	02	02
LACS	0	0	0	14	05	19
VO	0	2	0	66	06	74
YOTO	0	0	0	36	07	43
ZIO	96	27	55	93	15	286
TOTAL	96	27	59	258	40	**482**

OÙ EN SOMMES-NOUS ?

ORGANISATION ET GESTION DU PROGRAMME

Niveau central PNLUB avec comme personnel coordonnateur et chauffeur (Logé dans la DSSP)
Niveau régional (point focal + contrôleur)
Niveau préfectoral (contrôleur + ICP)

Principales activités:

Niveau central

- Diffusion des directives
- Formation des agents de santé et ASC
- Centralisation des données

- Suivi des activités

Niveau régional

- Compilation des données des districts
- Campagne d'IEC
- PEC chirurgical dans les établissements de soins

Niveau préfectoral

- Collecte des données au niveau des USP
- Séance d'IEC
- Transmission au niveau régional
- Référence vers les CHR

SITUATION PAR RAPPORT AUX 8 AXES STRATEGIQUES

AXE 1: Dépistage précoce au niveau communautaire, IEC

- Formation des ASC à la reconnaissance des cas
- Séances d'IEC dans les USP
- Campagnes d'IEC et de dépistage

AXE 2: Respect des protocoles de prise en charge (antibiotique, chirurgie, prévention de l'incapacités/réadaptation)

- Plus d'actes chirurgicaux que de mise systématique sous ATB
- Kinésithérapie tardive

AXE 3: Confirmation des cas en laboratoire

- Prélèvements pas toujours systématiques
- Seule coloration ZN possible
- Non maîtrise de l'acheminement des échantillons
- Feed back des résultats non systématique

AXE 4: Renforcement du système de santé

- En prévision par la DAHW

AXE 5: Formation des agents de santé, des enseignants et des volontaires villageois

- Formation des membres des ECR et ECD de 6 districts dans 3 régions en organisation et gestion du Programme (à poursuivre)
- Formation de quelques agents de santé, enseignants et ASC (pas de suivi)

AXE 6: Standardisation du système d'enregistrement et de la notification des cas à l'aide des formulaires BU 01, BU 02 et du HealthMapper

- Mise à disposition de BU02 dans tous les districts et quelques hôpitaux
- Non respect des directives de remplissage et transmission
- BU01 en cours d'être mis en place
- Non maîtrise du Health Mapper

AXE 7: Suivi et évaluation

Supervision intégrée L/T/UB

- Supervision semestrielle du niveau régionale par le niveau central
- Supervision des contrôleurs de district par les contrôleurs régionaux

AXE 8: Plaidoyer et Mobilisation de ressources et Partenariat

- Pas de stratégie de plaidoyer et de mobilisation de ressources
- Partenariat OMS, DAHW, HI

DIFFULTES MAJEURES

- Inexistence de cadre cohérent définissant stratégies et directives
- Insuffisance de ressources humaines au niveau de la Coordination
- Visibilité peu marquante du pays (pas de ligne budgétaire pour le fonctionnement du PNLUB et autres activités

PERSPECTIVES

A COURT ET MOYEN TERMES

- Disposer de documents de Politique et Plan stratégique
- Renforcer la coordination en ressources (humaines, financière….)
- Renforcer les capacités (structures et personnel) de PEC
- Projet pilote (3 ans)

A LONG TERME

- Identifier et opérationnaliser d'autres structures de PEC dans le pays
- Intégration des activités UB aux activités de routine

ETUDE SOCIOLOGIQUE SUR LULCERE DE BURULI DANS LES REGIONS DE TSEVIE ET D'AFAGNAN

Présentés par Dr. AGBOVI K. Kwassi
Sociologue -Consultant
Directeur Exécutif de CEDES-Afrique

« *RESULTATS DE L'ETUDE CAP UB DANS LES LOCALITES DE TSEVIE ET AFAGNAN* »

INTRODUCTION

- L'ulcère de Buruli (U.B.): affection cutanée provoquée par une bactérie de la famille de celles responsables de la tuberculose et de la lèpre.
- sans traitement, le nodule évolue vers une ulcération massive de la peau avec complication invalidante

- Des études récentes: (80 %) des consultations de l'UB sont tardives, parfois supérieures à 6 mois
- Raisons:
- ➢ variables économiques,
- ➢ mais aussi systèmes de représentation des maladies.

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

- Au Togo, 1505 cas d'Ulcère de Buruli ont été notifiés en 2004 grâce à une première enquête succincte.

- Selon les statistiques du PNLUB, les enfants et les jeunes (entre 10 et 24 ans) représentent 66% des cas.
- 258 cas ont été notifiés dans la région maritime pour l'année 2005

- L'UB engendre plusieurs conséquences néfastes sur les personnes infectées: séquelles invalidantes, rétractation des membres, dépenses financières énormes pour le traitement, appauvrissement des familles affectées…

- HI en collaboration avec certains de ses partenaires veut mener des actions pour lutter contre l'UB et réduire ses conséquences

- Pour l'efficacité des actions, une étude CAP s'avère nécessaire afin de fournir des informations pour l'élaboration de stratégie

BUT

- Faire le point sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations vis à vis l'UB

- identifier/analyser leurs besoins en matière de lutte contre la maladie.

METHODOLOGIE

- L'étude a couvert 17 localités dans les préfectures de
- Zio (7)
- Yoto (3)
- et de la sous préfecture d'Afagnan (7)Estimation de la population sur la base des données statistiques de 1997 Direction Nationale des Statistiques,
- Calcul de l'effectif des ménages avec la moyenne nationale de la taille des ménages en milieu rural dans la région maritime : 4,47 personnes.

- L'enquête s'est déroulée dans des communautés très homogènes, l'échantillon, même restreint, donne une précision suffisante.
- A cet effet, l'étude a retenu 2% des ménages de chaque village sélectionné.

OUTILS DE COLLECTE

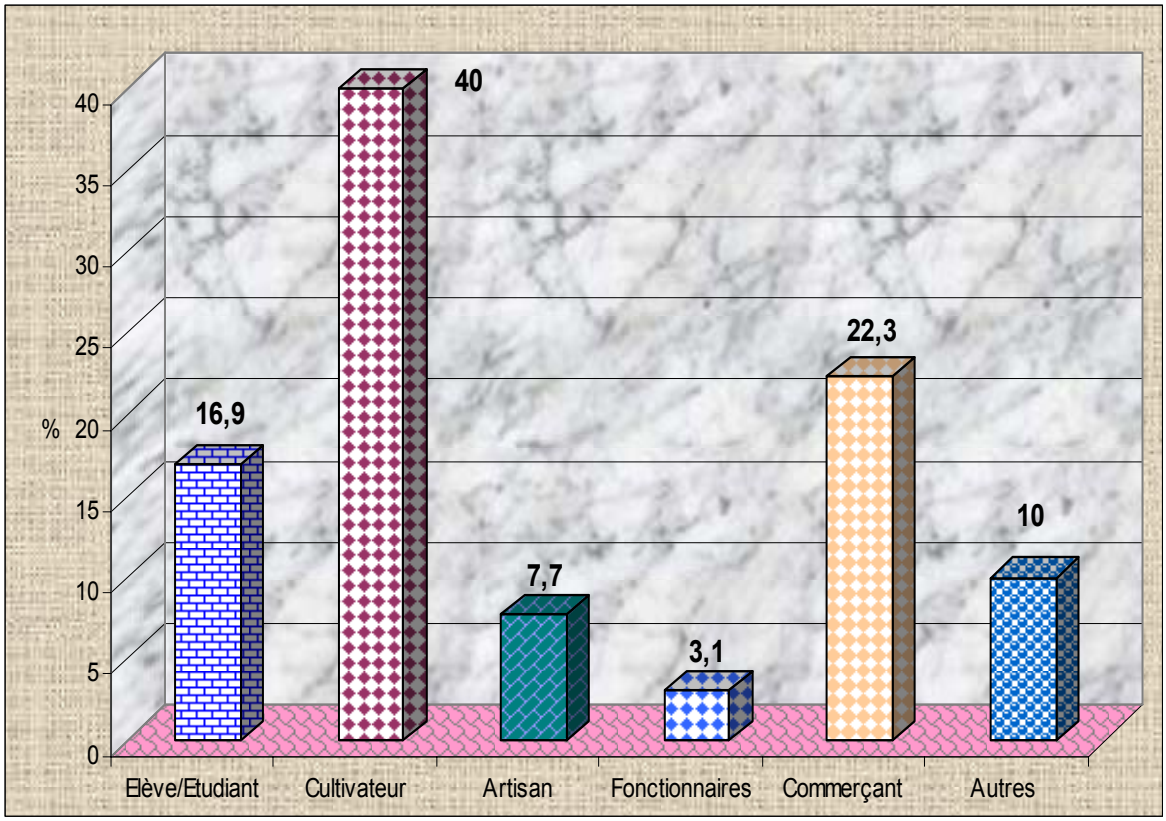
- **2 types de Questionnaire et 2 types de guide d'entretien**

- **QUESTIONNAIRE: 130 personnes**
- 80 personnes non infectées
- 50 personnes infectées
- ENTRETIEN:
- 1 sous –préfet, 9 chefs et 23 notables
- 6 majors (responsables des centres de santé) et deux médecins
- 8 CVD et 1 groupement de femmes
- 5 enseignants et 2 leaders religieux,
- 4 tradithérapeutes

ANALYSE DES RESULTATS

- **Caractéristiques sociodémographiques**
- **50,8% d'hommes et 49,2% de femmes**
- **Niveau d'études**
- **42 soit 32,2% : analphabètes**
- **51 soit 39 % : études primaires,**
- **32 soit 24,6 %: Collège d'Enseignement Supérieur**
- **4 soit 3% : Lycée et l'Enseignement supérieur.**

Profession



Connaissances et représentation

- Plusieurs dénominations:
  - Ewan poamé, ewan manye,
  - Pe bi, pe lan, abimakoukou (Plaie inconnue, plaie incurable,)
  - Adza poamé, dzabou

Cause et origine

- 38,5% : microbe et boue
- environ 23% : microbe
- 19,2% : boue
- et 15,4% : envoûtement et sorcellerie.

Conclusion: double langage sur la cause de l'UB

Attitudes et perceptions

- Acceptation d'un parent infecté:
  - Oui: 82,7%

- Non:17,3%

Conclusion: déclaration d'intention qui n'est pas toujours conforme à la réalité**Causes des attitudes négatives**

- Durée et coût du traitement
- Odeur de la plaie à l'étape ulcérante
- Origine mystique de la maladie
- Disparition de la traditionnelle solidarité mécanique
- Auto discrimination des personnes infectées: la honte

Pratiques

Pratiques favorables à l'infection:

- activités agricoles et de pêche: contact permanent avec la boue
- choix de l'itinéraire thérapeutique: possibilité qui aggrave la maladie
- automédication qui favorise une morbidité prolongée et cause des séquelles importantes

Choix d'itinéraire thérapeutique

- 13 personnes soit 26% : centre de santé
- 6 soit 12% : automédication
- 10 soit 20%: tradithérapeutes/guérisseurs
- 21 soit 42%: complémentarité entre la médecine traditionnelle et celle moderne.
- ✓ Choix fonction de la représentation de l'UB

Conséquences

- Plan physique
- Psychologique
- Social : sur la famille, les enfants, les femmes
- Economique

Besoins et recommandations

- Besoins cognitifs
- Besoins matériels et financiers
- Besoins des tradithérapeutes
- Recommandations
- Actions à mener
- Réactions contre l'UB

LES ACTIONS

- donner aux populations des zones endémiques de l'UB toutes les informations nécessaires sur la maladie
- organiser des sensibilisations intenses sur les représentations, les attitudes et les pratiques vis à vis de l'UB ;
- prodiguer des conseils aux populations pour un diagnostic précoce du mal
- impliquer les acteurs communautaires qui vont être des relais pour les sensibilisations dans leurs localités respectives ;
- proposer des rencontres d'échanges entre la tradithérapie et la médecine moderne

- encourager l'éducation sanitaire sur l'hygiène personnelle et celle de l'environnement,
- faire en sorte que l'éducation sanitaire porte ses efforts sur l'identification et la notification précoces,

LES REACTIONS

- **Pour les personnes infectées avec ulcération de la plaie :**
  - **assurer une prise en charge médicale, de la confirmation jusqu'à la cicatrisation effective de la plaie**
  - **aider les scolaires qui doivent passer plus de trois à six mois à l'hôpital à ne pas désapprendre**
- **Pour les personnes avec séquelles invalidantes**
- **procéder à des soins de réadaptation, à une chirurgie esthétique pour réduire leur handicap**

- **discuter avec les personnes pour identifier une activité qui convient mieux à leur état**

- **créer des centres de formation ou d'apprentissage**

- **assurer leur insertion socio économique en les appuyer à mettre en place des AGR**

- **appuyer financièrement les activités des mères des enfants infectés pour la prise en charge de ceux –ci**

- **leur assurer une prise en charge psychologique pour leur permettre de reprendre confiance en elles-mêmes et de se revaloriser pour une meilleure intégration.**

CONCLUSION

- **Autour de l'UB se développent plusieurs représentations qui sont fonction de la connaissance de la population**
- **Le plus souvent les représentations ont rapport avec les réalités socioculturelles**
- **Ces connaissances et représentations déterminent les attitudes et les pratiques des populations vis à vis de l'UB Ayant pris en compte les explications, les représentations et les pratiques des populations, cette étude CAP fournit des données à la fois quantitatives et qualitatives, qui seront peut- être utiles pour organiser un plan opérationnel de lutte contre l'UB et de prise en charge des personnes infectées.**

…POUR LA STRUCTURATION D'UN PLAN DE LUTTE POUR LE TOGO

Proposition présentée par
Docteur ASIEDU KINGSLEY
Directeur du programme Ulcère de Buruli à l'OMS / Genève

KEY COMPONENTS OF BU CONTROL STRATEGY

I. Strengthening of the health system

1. Infrastructure, equipment and logistics
2. Training of health workers
3. Standardized recording and reporting using forms BU 01 and BU 02 and the HealthMapper software

II. Community-level activities

4. Early case detection at the community level
5. Information, education and communication (IEC) campaigns in communities and schools
6. Training of village health workers and strengthening of community-based surveillance system

III. Standardized case management

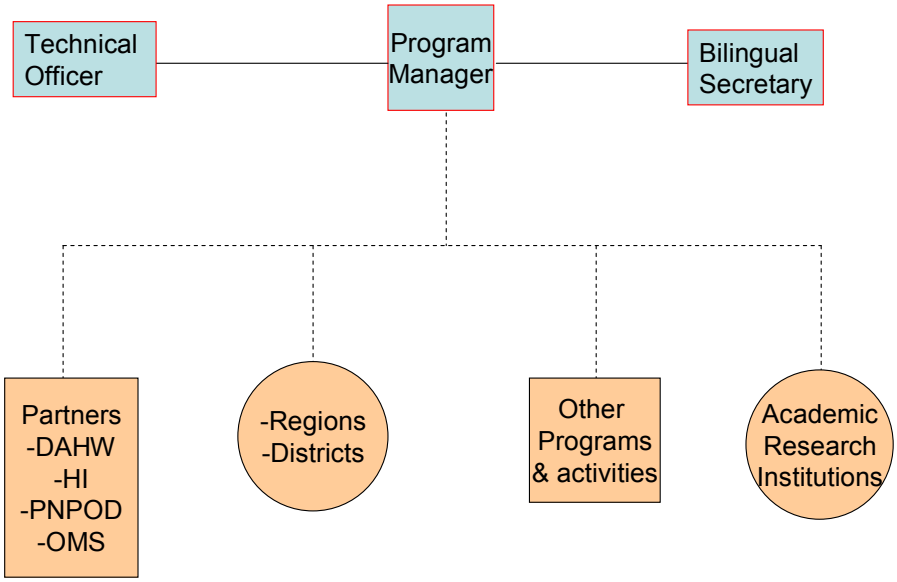
7. Laboratory confirmation of cases
8. Specific antibiotics – rifampicin and streptomycin
9. Surgery
10. Prevention of disability (POD)] /rehabilitation

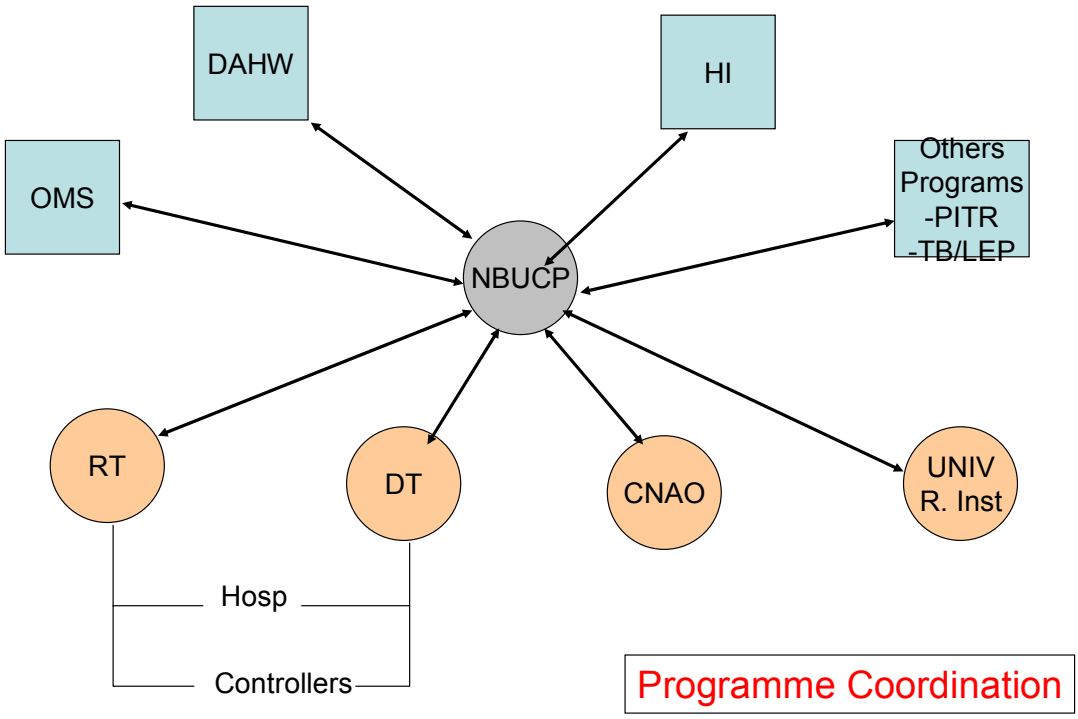
IV. Supervision, monitoring and evaluation of control activities

V. Advocacy, social mobilization and partnerships

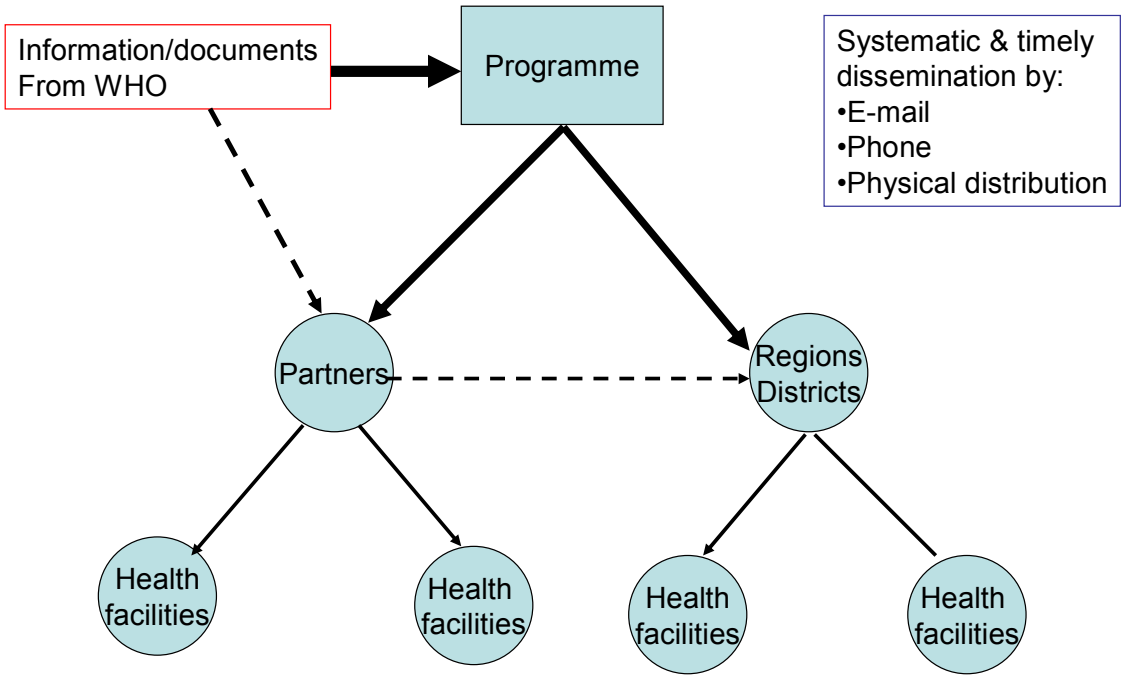
VI. Operational research

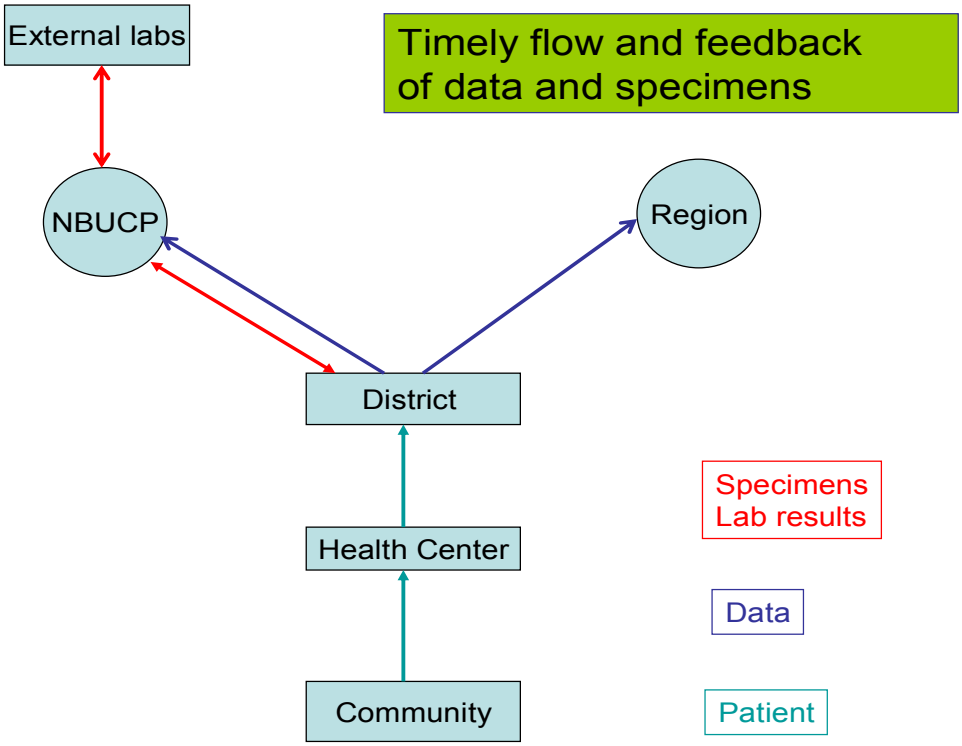
Programme and its relationship with key actors

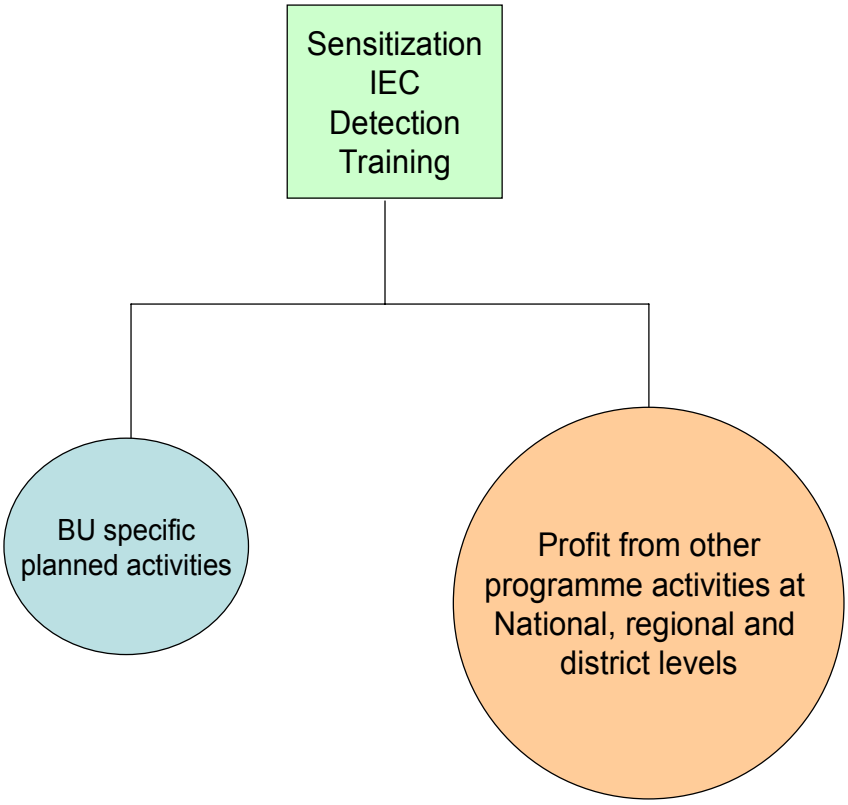




Information dissemination




External labs
Timely flow and feedback of data and specimens
NBUCP
Region
District
Health Center
Community
Specimens
Lab results
Data
Patient


Sensitization
IEC
Detection
Training
BU specific planned activities
Profit from other programme activities at National, regional and district levels

National programme coordination

Minimal human resources

- Programme manager (OK)
- Technical assistant (TBD)
- Bilingual secretary (TBD)
- Good and reliable driver (TBD)

Other resource needs

- Office filling cabinets
- Shelves for the store room
- 2 computers/2 printers for an assistant and a secretary
- Communication (Internet, phone, fax)
- Office supplies (paper, toners, binders etc)
- Audio-visual
- Transport (a new vehicle for coordination, a motor)
- Fuel, vehicle maintenance
- Funds for activities including supervision

Case management

- Referral hospitals in Maritime – Tsevie and Afaghan

General

- Supply of antibiotics, and consumable to referral hospitals and health centres
- Case management to follow standard protocols (antibiotics, surgery and POD) including correct collection of specimens for microbiology and histology, and filling of BU 01, BU 02 and 03 forms
- Antibiotic treatment and wound care at health centre level (gradual decentralization with good supervision)
- Social support, feeding and rehabilitation

Tsevie and Afagnan Hospitals

- Strong teams to support districts
- Office space and some equipment if necessary (computer/printer, digital camera and audio-visual set for training and education)
- Store for drugs, consumables and materials (integrated if possible)
- Internet facilities to facilitate communication
- Vehicles for field work
- Tsevie – increase bed capacity, physio unit, office, renovations, equipment for second theatre, construction of a physio unit, human resource strengthening (plans advanced to solve these problems)

Training

- Train/update core staff at Tsevie and Afaghan on standard case management (Antibiotics, Surgery and POD), correct collection of specimens and filling of forms
- Districts teams be formed/strengthened (hospitals and health administrations). District teams be trained/updated with the help of the teams from Tsevie and Afaghan, and national programme
- Health centre staff trained by the district teams.
- Village health workers (trained by district and health center teams)

IEC

- Video shows in communities and schools
- Wide distribution of IEC materials in facilities, schools and communities
- A high quality documentary on BU in Togo

Supporting elements

- Audio-visuals in referral hospitals for training and to support the districts
- Printing of T-shirts and caps
- Free IEC from WHO

Surveillance

- Printing and distribution of BU 01, BU 02 and BU 03 forms
- Monthly reporting using the BU 02 forms
- Computerized compilation, analyses and mapping of data at programme level (Technical Assistant to the programme manager)

Implementation, monitoring and evaluation

- Supervision from the national level +/- key partners
- Monthly meeting of key partners – NBUCP, DAHW, HI, CNAO, WHO
- 6-monthly meeting of key partners, regional and district teams
- Close contact by phone and e-mail with all stakeholders – partners, health workers in the field
- Reports of field visits and minutes of meetings shared with interested groups.
- Systematic and timely dissemination of information and materials to all stake-holders
- Distribution of summarized reports of field visits and minutes of meetings to all interested groups.

Districts

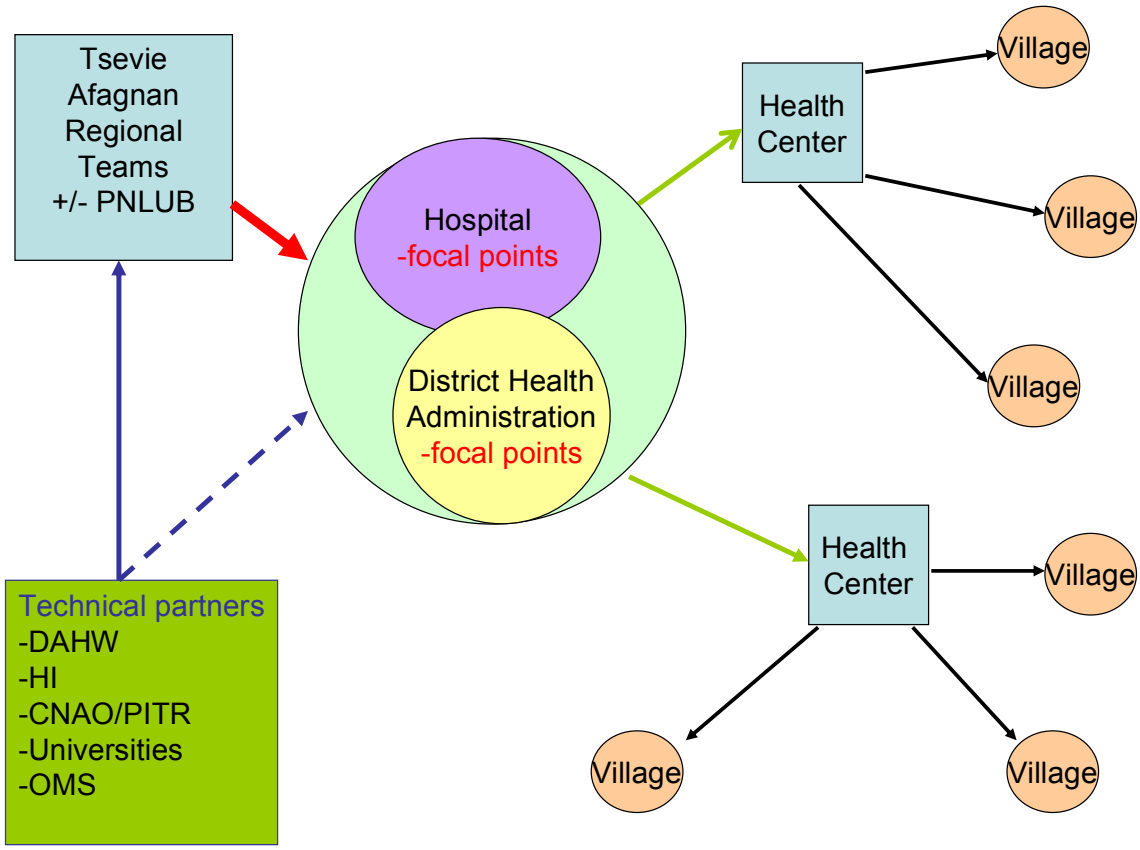
District teams

- District controller

- Surgeon/doctor, assistant and lab technician

Regional teams

DISTRICT TEAM



Summary

- Finalization of strategic plan and realistic budget, and dissemination (deadline)
- Rapid strengthening of the national programme (additional staff – assistant and secretary)
- Immediate printing and use of BU 01, BU 02, BU 03 forms (deadline, PNLUB+DAHW)
- Development/strengthening of teams at Tsevie, Afaghan, district teams (deadline)
- Acquisition of audio visual equipment for referral hospitals and districts and PNLUB (if necessary)
- Implementation of initial training plans starting with 6 districts in Maritime and expanding to other regions/district (start and end date)
- Intensify coordinated advocacy to increase the importance of BU in Togo (PNLUB+Partners)

ANNEXE
DEUXIEME PARTIE

DOCUMENTS FINAUX
ET
ACTES RESULTANT DES ASSISES

I - DECLARATION DE POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI AU TOGO

II- PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI AU TOGO

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail – Liberté – Patrie

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail- Liberté – Patrie
……
MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
…….
DIRECTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES
…….

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI

PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI 2008-2012

Lomé, août 2007

PREFACE

Au Togo, l'Ulcère de Buruli fait partie des maladies négligées telles que reconnues par l'OMS et constitue un problème majeur de santé publique dans nos communautés.

La lutte contre l'Ulcère de Buruli a été formellement déclenchée au terme d'une conférence internationale organisée par l'OMS en 1998 à Yamoussoukro en Côte d'Ivoire et à laquelle le Togo a participé.

Un programme national a été mis en place en 1999, malheureusement certaines contraintes n'ont pas permis de disposer de documents nationaux de référence qui définissent la politique et les stratégies de lutte contre la maladie. Le présent plan stratégique 2008-2012 qui a vu le jour grâce à l'appui de nos partenaires au développement vient combler ce vide.

Ce document, élaboré à partir d'une étude sociologique et des conclusions d'une analyse de la situation a pu identifier des stratégies pertinentes pour mener cette lutte. L'accent y est mis sur les principales interventions telles que la sensibilisation des populations, le dépistage précoce, la confirmation biologique et la prise en charge correcte des cas ainsi que la mobilisation des ressources et la gestion du programme.

Le désir ardent des autorités sanitaires avec l'appui des partenaires est de voir allégées les souffrances physiques et psychosociales ainsi que le poids économique que fait peser l'Ulcère de Buruli sur nos populations. Je reste convaincu que la mise en œuvre effective du plan permettra d'atteindre ce but ultime.

Je voudrais enfin remercier tous les partenaires et autres acteurs qui ont contribué à l'élaboration du présent plan stratégique et j'invite chacun de nous à s'engager aux côtés du gouvernement dans la lutte contre ce fléau qu'est l'Ulcère de Buruli.

Le Ministre d'Etat, Ministre de la Santé,

Professeur Charles Kondi AGBA

LISTE DES ABREVIATIONS

CCC	:	Communication pour le Changement de Comportement
CDTUB	:	Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli
CHD	:	Centre Hospitalier Départemental
CHU	:	Centre Hospitalier et Universitaire
DAHW	:	Deutsches Aussätzigen- Hilfswerk
DNPS	:	Direction Nationale de la Protection Sanitaire
EDST	:	Enquête Démographique et de la Santé du Togo
HI	:	Handicap International
IDR	:	Introdermo-Reaction
IEC	:	Information, Education, Communication
MS	:	Ministère de la Santé
MU	:	Mycobacteriuum Ulcerans
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PCR	:	Polymerase Chain Reaction
PEC	:	Prise en charge
PNLUB	:	Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli
PNP	:	Politique Nationale de la Population
PPTE	:	Pays Pauvres Très Endettés
UB	:	Ulcère de Buruli

SOMMAIRE

PREAMBULE.....87
1. GENERALITES ET PROBLEMATIQUE .....**Erreur ! Signet non défini.**
1.1. Cadre de travail du Togo .....**Erreur ! Signet non défini.**
1.2. Historique et contexte actuel de la lutte contre l'UB au Togo...**Erreur ! Signet non défini.**
1.3. Connaissances sur l'ulcère de Buruli .....**Erreur ! Signet non défini.**
2. POINT DES INSUFFISANCES DE LA LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI AU TOGO Erreur ! Signet non défini.
3. OBJECTIFS ET STRATEGIES DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE L'UB AU TOGO.**Erreur ! Signet non défini.**
3.1. Objectif général.....**Erreur ! Signet non défini.**
3.2. Objectifs spécifiques .....**Erreur ! Signet non défini.**
4. LES STRATEGIES PRIORITAIRES .....**Erreur ! Signet non défini.**
4.1. Renforcement de la capacité des structures de gestion et de prise en charge .....**Erreur ! Signet non défini.**
4.2. Amélioration de l'efficacité et de la fonctionnalité du système de prise en charge Erreur ! Signet non défini.
4.3. Prévention des invalidités et réadaptation physique.....**Erreur ! Signet non défini.**
4.4. Prise en charge psychosociale des personnes affectées .....**Erreur ! Signet non défini.**
4.5. Dépistage précoce et notification des cas.....**Erreur ! Signet non défini.**
4.6. Mise en place d'une base de données épidémiologiques sur l'UBErreur ! Signet non défini.
4.7. IEC et CCC .....**Erreur ! Signet non défini.**
4.8. Renforcement des capacités techniques du personnel– RechercheErreur ! Signet non défini.
4.9. Suivi/Evaluation .....**Erreur ! Signet non défini.**
5. QUELQUES ORIENTATIONS.....**Erreur ! Signet non défini.**
5.1. Orientation pour la prise en charge des cas .....**Erreur ! Signet non défini.**
5.2. Rôles des différentes institutions impliquées dans le programme.**Erreur ! Signet non défini.**
5.3. Suivi et évaluation .....**Erreur ! Signet non défini.**
5.4. Orientations pour la formation .....**Erreur ! Signet non défini.**
5.5. Orientations pour la Mobilisation des ressources.....**Erreur ! Signet non défini.**
5.6. Dans le domaine de la recherche opérationnelle......**Erreur ! Signet non défini.**
CONCLUSION .....**Erreur ! Signet non défini.**
TABLE DES MATIERES.....**Erreur ! Signet non défini.**

PREAMBULE

L'ulcère de Buruli (UB), maladie infectieuse invalidante due à *Mycobacterium ulcerans*, est la troisième mycobactériose la plus fréquente chez l'homme après la tuberculose (*M. tuberculosis*) et la lèpre (*M. leprae*).

La maladie touche tous les groupes d'âge. Cependant, les enfants de moins de 15 ans sont plus fréquemment atteints et représentent en moyenne 50% des personnes touchées. Il n'y a pas de différence de répartition selon le sexe chez les enfants, bien que certaines études aient rapporté plus de femmes que d'hommes chez les adultes.

Actuellement, l'OMS recommande un traitement antibiotique efficace, basé sur la Rifampicine et la Streptomycine et la physiothérapie associé aux besoins à la chirurgie. . En l'absence de traitement adéquat la maladie évolue vers des complications invalidantes comme des déformations articulaires par contracture, une amputation des membres, une perte d'organes (œil, seins, organes génitaux).

L'impact socio-économique de l'ulcère de Buruli est considérable et inclut le coût élevé de la prise en charge, la déscolarisation des enfants affectés, la dislocation des ménages, la réduction des capacités de production…

Les croyances et pratiques culturelles contribuent à l'aggravation de la situation à travers le retard du recours et l'adhésion aux soins appropriés.

Le Togo fait partie des 16 pays endémiques confirmés en Afrique.

La politique de lutte contre l'Ulcère de Buruli du Togo est en sa première édition. Elle s'appuie essentiellement sur les grandes orientations stratégiques de l'OMS ainsi que sur les objectifs du Plan stratégique régional 2006-2011 de lutte contre l'UB en Afrique. Les stratégies retenues et leurs modalités de mise en œuvre constituent une voie commune de partenariat pour atteindre le but ultime de réduire la morbidité de l'Ulcère de Buruli et des incapacités résultant de cette affection. Un engagement ferme est sollicité de la part de tous les partenaires et acteurs en vue de gagner le noble combat contre ce fléau.

Le présent document définit la politique du Togo en matière de lutte contre cette endémie.

1. GENERALITES ET PROBLEMATIQUE

1.1. Cadre physique et socio économique

1.1.1. Situation géographique

Le Togo, avec une superficie de 56.600 km², est un pays de l'Afrique Occidentale. De forme rectangulaire, il s'étire du Sud au Nord sur 600 km entre trois pays voisins : le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest et le Burkina Faso au Nord. La partie Sud du pays s'ouvre sur la Côte (Golfe de Guinée) avec un littoral de 50 km de longueur.

Du point de vue du relief, c'est un pays de plaines dans la zone septentrionale et la zone méridionale, traversé en écharpe par une chaîne de montagnes. Le mont Agou le plus élevé culmine à 986 m environ.

Du nord au sud se succèdent une végétation sahélienne de type steppe, une savane arborée puis une zone forestière prolongée d'une autre savane arborée qui se termine par le littoral sablonneux pauvre en végétation.

Deux climats prévalent au Togo : le climat sub-équatorial et le climat tropical humide. Le climat sub-équatorial règne sur la partie sud du pays et est caractérisé par deux saisons sèches (de novembre à mars et de juillet à août) et deux saisons pluvieuses (de mars à juillet et de septembre à octobre). La moitié nord du pays est couverte par le climat tropical humide, qui se caractérise par une seule saison des pluies (de mai à octobre) et une saison sèche (de novembre à avril).

La loi n°81-8 du 23 juin 1981 portant organisation administrative du Togo a réparti le pays en cinq (5) régions : la Région des Savanes, la Région de la Kara, la Région Centrale, la Région des Plateaux, la région Maritime. Chaque région économique est subdivisée en préfectures. D'après la dernière réforme administrative intervenue en 1991, le pays compte 30 préfectures et 4 sous-préfectures, dont les chefs-lieux sont considérés comme des centres urbains.

Les autorités administratives, compte tenu du caractère exceptionnel que présente la commune de Lomé sur le plan santé, ont décidé la création d'une sixième région sanitaire par décret présidentiel n°96 – 157/PR du 11/XI/96.

1.1.2. Situation démographique et socioculturelle

La population togolaise, à l'instar de celle de la plupart des pays du tiers monde, porte en elle une dynamique considérable. D'après les données des trois recensements réalisés dans le pays, la population togolaise est passée de 1.443.000 habitants en 1960 à 1.950.000 habitants en 1970, pour atteindre l'effectif de 2.719.567 habitants en 1981. Le recensement général de la population qui devait avoir lieu en 1991 puis en 2001 n'a pas pu avoir lieu en raison de la crise socio politique qu'a connue le Togo. Selon les estimations faites par la Direction de la Statistique à partir du pré-dénombrement réalisé en 1997 et du recensement agricole de 1996 la population totale du pays aurait atteint 4.269.500 habitants en 1997, 4.506.000 en 1999 puis 4.629.000 en 2000, soit une densité de 82 habitants au km².

Le taux d'accroissement naturel a donc évolué de 2,6% par an entre 1960 et 1970 à 2,9% entre 1970 et 1981 et à 3% entre 1981 et 1990. Selon les données recueillies par la deuxième enquête démographique et de santé (EDST-II) en 1998, le taux d'accroissement naturel a baissé jusqu'à 2,4% par an entre 1990 et 1998, le taux brut de natalité étant estimé à 37‰ et le taux brut de mortalité à 13‰. Sur la base de ce taux d'accroissement naturel, la population totale atteindra environ 5.468.000 habitants en 2006 et 6.850.000 habitants en 2010.

La population togolaise est essentiellement rurale (2.916.270 habitants en 2000[1], soit 63%). Cependant, on note une tendance à l'urbanisation ; la population urbaine augmente de 5,2% par an contre seulement 1,4% pour la population rurale. La population urbaine est estimée à 1.712.730 habitants en 2000, soit 37% de la population totale. Sur la base de ce taux d'accroissement, elle devrait doubler en moins de 15 ans, atteignant la projection de 2.930.000 habitants en l'an 2010 et représentera 42,7% de la population totale. Cette évolution pourrait augmenter les risques sanitaires en milieu urbain si aucune stratégie adéquate n'est développée.

[1] Selon le dénombrement 1996. Direction de la Statistique

Tableau 1: Evolution et projection de la population totale du Togo de 1960 à 2006 (puis en 2020)

ANNEES	**1960**	**1970**	**1981**	**1985**	**1990**	**1995**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2020**
POPULATIONS	1.443	1.950	2.719	3.026	3.512	4.052	4.629	4.740	4.854	4.970	5.090	5.212	5.337	8.500

Source : Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, Recensements généraux de la population 1960, 1970, 1981 ; Estimations de 1982 à 2020.

Le contexte démographique induit des problèmes de population qui nécessitent des interventions et interpellent l'Etat togolais à prendre des mesures efficaces pour y remédier. Entre autres mesures, le Gouvernement a défini et adopté en 1998 une Politique Nationale de Population qui a pour objectif fondamental d'améliorer les conditions et le niveau de vie des populations. Cette politique de population qui couvre douze secteurs d'intervention se fixe seize objectifs spécifiques à horizon 2020. Dans le secteur de la Santé trois objectifs ont été définis à savoir :

- **Maîtriser progressivement la fécondité grâce à la promotion de la planification familiale et l'augmentation de la prévalence contraceptive qui devra passer de 9,1% en 1997 à 50% en 2020 ;**
- **Relever l'espérance de vie de 56 ans en 1997 à 68 ans en 2020 à travers l'amélioration des conditions de vie des populations ;**
- **Améliorer les conditions de vie des groupes vulnérables (enfants/jeunes, les femmes, personnes âgées, personnes handicapées).**
- **Par rapport à ces objectifs, la Politique Nationale de Population définit des orientations stratégiques cohérentes dont s'inspirent la Politique Nationale de Santé et le Plan National de Développement Sanitaire.**

Sur le plan socioculturel, le Togo présente plus d'une quarantaine de groupes ethniques, linguistiques et culturels. Le taux net de scolarisation est de 76,2% en 2001[2] avec de grandes disparités selon le sexe (71% pour les jeunes filles contre 81,1/% pour les garçons) ; le taux d'alphabétisation des adultes est de l'ordre de 53,2% en 1997. Les liens étroits entre l'alphabétisation de la population (en particulier des femmes) et l'adoption des comportements favorables à la santé justifient la nécessité de renforcer les efforts dans l'alphabétisation.

Tableau 2 : Principaux indicateurs sociodémographiques du Togo (à actualiser)

N° d'ordre	Indicateurs	Niveaux	Sources
1	Population (en millions) 2000	4,6	DGSCN
2	Population (en millions) 2020	8,5	PNP
3	Taux brut de mortalité (TBM) en 1998 (‰)	13	EDST-II
4	Taux brut de natalité (TBN) en 1998 (‰)	37	"
5	Taux de mortalité infantile (TMI) en 1998 (‰)	80	"
6	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en 1998 (‰) :	156	"
	Garçons	132	"
	Filles	146	"
	Ensemble		
7	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	478	"
8	Accès à l'eau salubre (%)	55	"
9	Taux moyen de croissance démographique en 1998 (‰)	2,4	"
10	Indice synthétique de fécondité (enfants/femme) en 1998	5,4	"
11	Structure de la population par âge :		
	% moins de 15 ans	47,7	"
	% 15 – 64 ans	48,0	"
	% 65 ans et +	4,3	"
12	% de la population urbaine	37	"
13	Taux de croissance urbaine (%)	5,2	DGSCN
14	Taux d'alphabétisation Homme/Femme en 1997 (%)	63/37	PNP
15	Taux de scolarisation Garçon/Fille	81,1/71	DGPE

[2] Annuaire des statistiques scolaires du Togo, 2000 - 2001

1.1.3. Situation économique

Au plan économique, le Togo fait partie du groupe des pays pauvres très endettés (PPTE). Le PIB nominal a globalement augmenté sur les cinq dernières années (de 749,4 milliards en 1996 à 932,7 milliards en 2000). La conjoncture économique a été plus favorable en 1996, avec un taux de croissance du PIB au prix constant chiffré à 9,7%.

L'inflation retrouve peu à peu des niveaux soutenables d'avant la dévaluation du FCFA en 1994. Ainsi, en 2000, le taux d'inflation dans la ville de Lomé se situe à 1,9%. A ce titre, le Togo fait partie des pays qui respectent l'un des critères de convergence de l'UEMOA, à savoir un taux d'inflation ne dépassant pas 3%.

Sur le plan extérieur, la balance des paiements enregistre un solde déficitaire de 6,5 milliards de FCFA en 1998. L'encours de la dette extérieure a augmenté de 741,9 milliards de FCFA en 1996 à 818,1 milliards de FCFA en 1999. Sur la même période, le service de la dette extérieure passe de 78,6 milliards de FCFA à 51,7 milliards de FCFA.

L'analyse de l'évolution du PIB par tête montre une progression de 1994 (52.387FCFA) à 1997 (59.405 FCFA) et l'amorce d'un déclin en 1998 (56.398 FCFA) et 1999 (55.606 FCFA). Ceci traduit une tendance à la paupérisation du fait de la baisse des activités économiques.

De grandes réformes interviennent en matière de politique macro-économique. L'État entend favoriser l'allocation optimale des ressources entre les divers secteurs de l'économie nationale. La mise en œuvre des réformes fiscales permettra d'assurer le redressement du niveau des recettes. S'agissant de la politique monétaire et financière, des mesures institutionnelles ont libéralisé les conditions de banque. Les banques sont libres de fixer leurs taux d'intérêt débiteurs en fonction de ceux du marché dans la limite du plafond correspondant au taux de l'usure. S'agissant du commerce, les obstacles aux exportations sont en voie de résorption grâce à l'abolition des

restrictions quantitatives telles que les contingentements sur les biens exportés. La suppression du monopole de l'État et l'allégement de la réglementation permettront aussi de libéraliser le commerce extérieur.

1.1.4. Système de santé

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide à trois niveaux :

- *La base de la pyramide* représente le niveau périphérique, correspondant aux 35 districts sanitaires (préfecture), à leurs infrastructures sanitaires (Directions préfectorales de la santé, hôpitaux de préfecture, les unités de soins périphériques, les services privés de soins) et aux communautés de base.
- *Le milieu de la pyramide* représente le niveau intermédiaire, correspondant aux 6 régions sanitaires comprenant chacune une direction régionale de la santé et ses services connexes, un centre hospitalier régional, les services privés de soins à portée régionale.
- *Le sommet de la pyramide* représente le niveau central ou national, correspondant au Ministère et à la Direction générale de la santé publique et ses Directions centrales et leurs Divisions et services, ainsi que les spécificités à intérêt national (CHU, INH, CNAO, CNTS et les écoles de formation en santé), les services privés de soins à portée nationale.

L'organisation actuelle du système national de santé découle des décrets n° 90/158/PR du 2 octobre 1990 portant organisation et attributions du Ministère de la Santé, puis le n°90/159/PR du 2 octobre 1990 portant organisation des services de la Direction Générale de la Santé Publique et l'arrêté d'application n° 11/91/MSP du 27 mars 1991 portant organisation des services des Directions Centrales, Régionales et Préfectorales de la Santé.

Le texte réglementant le secteur privé de la santé date de juillet 1961 (la loi n° 20-61 du 25 juillet 1961).

Pour ce qui concerne la participation des communautés dans la gestion des structures de santé, l'atelier de Béthania de janvier 2000 a examiné des propositions de textes en vue de leur responsabilisation.

Niveau central

Le niveau central est chargé de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays en tenant compte des principaux axes de développement socio-économique du gouvernement et des problèmes prioritaires de Santé Publique. En outre, il est chargé de fixer les normes et standards relatifs au développement sanitaire.

Niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire est chargé de faire appliquer la politique nationale de santé et d'assurer l'appui technique et logistique aux districts sanitaires.

La principale structure responsable de ces fonctions est l'équipe cadre régionale qui inclut des responsables du secteur de la santé et ceux des autres secteurs notamment, la Direction Régionale du Plan, la Direction Régionale des Affaires Sociales, la Direction Régionale de l'Education, la Direction Régionale des Statistiques…, et les représentants de la société civile, ainsi que des ONG et Associations.

La non-disponibilité de certains membres pour participer activement aux rencontres de concertation et de prise de décision freine l'opérationnalité des équipes cadres régionales.

Niveau périphérique

Il est chargé de la mise en place des interventions de santé visant à atteindre les objectifs de la politique sanitaire. C'est là également que s'exprime la volonté politique d'accroître la participation des communautés à l'effort de développement sanitaire local. Le district sanitaire constitue l'entité opérationnelle du système de santé.

La mise en œuvre et le suivi de ces interventions est à la charge de l'équipe cadre de district qui est aussi multi-sectorielle. Le problème de participation active des membres de cette équipe aux activités sanitaires du district constitue la principale faiblesse de l'opérationnalité du district sanitaire.

En pratique, des réaménagements sont intervenus sans que l'organigramme issu de l'arrêté d'application des décrets 90-158, 90-159 du 02 octobre 1990 ait subi une mise à jour conséquente. La structuration de l'organigramme aux niveaux intermédiaire et périphérique n'est pas encore effective.

L'obsolescence du texte régissant le secteur privé de la santé, dans un contexte marqué par la forte expansion de celui-ci, commande une large prise en compte de ce secteur dans le futur document du code de la santé en cours de finalisation.

Par rapport à la participation des communautés, l'inexistence de cadre juridique réglementaire ralentit leur implication réelle à l'effort de développement sanitaire local.

1.1.5. Situation sanitaire

Le Système de santé décrit ci-dessus doit faire face à un environnement qui se dégrade avec une pathologie variée caractérisée par la prédominance des affections endémo-épidémiques dont les plus importantes sont :

- Le paludisme
- Les infections respiratoires aiguës
- Les diarrhées et gastro-entérites
- Le SIDA
- Les anémies
- Les traumatismes.

A côté de ces affections préoccupantes figurent certaines endémies émergentes telles que l'ulcère de Buruli dont le premier cas fut décrit en 1995 au Togo par MEYERS et PORTAELS.

1.2. Connaissances sur l'ulcère de Buruli

1.2.1. Epidémiologie

1.2.1.1. Ampleur du problème et répartition géographique

L'ulcère de Buruli constitue la troisième maladie mycobactérienne après la lèpre et la tuberculose chez le sujet immuno-compétent. On ne connaît pas réellement l'ampleur du problème ; cependant on sait que la maladie sévit dans 27 pays situés dans la ceinture intertropicale répartis sur quatre continents Amériques, Afrique, Asie, Océanie).

Au Togo, l'ampleur du problème posé par l'ulcère de Buruli n'est toujours pas connue avec exactitude. En 1999, une enquête de prévalence fut réalisée dans la zone endémique de la Préfecture de YOTO dans la Région Maritime. 17 cas ont été notifiés dont 3 cas positifs.

Une enquête de prévalence sur l'ensemble du territoire a permis de détecter plus de 1500 cas fin 2004; et depuis le nombre de nouveaux cas ne cesse d'augmenter : 258 nouveaux cas pour la seule région maritime ont été notifiés en 2005.

Ces chiffres sont certainement loin de la réalité, car l'enquête n'a pris en compte que les lésions à la phase d'ulcération.

1.2.1.2. Agent, réservoir et mode de transmission

Le germe responsable de la maladie est *Mycobacterium ulcerans*. C'est un bacille acido-alcoolo-résistant. Sa température de croissance se situe entre 30 et 33° C. Le lien étroit qui existe entre certains biotopes stéréotypés et la maladie a fait rechercher la bactérie dans l'environnement où on n'a pas encore réussi à la mettre en évidence de façon certaine.

1.2.1.3. Age, sexe.

Les enfants de 5 à 15 ans représentent pour la plupart des auteurs la tranche d'âge la plus touchée sans distinction de sexe.

1.2.1.4. Pathogénie

Elle est encore imparfaitement élucidée. *Mycobacterium ulcerans* pénétrerait dans l'organisme et secréterait une toxine appelée mycolactone douée d'un pouvoir cytolytique et antigénique. Cette toxine serait responsable de la nécrose de la graisse hypodermique observée dans les lésions.

1.2.1.5. Clinique

La période d'incubation est variable (6 à 12 semaines à moyenne voire plusieurs mois). Elle peut se dérouler en trois stades :

- La phase de début (pré -ulcérative) faite de papule de nodule ou d'œdème ;
- La phase d'état (ulcéreuse) faite d'ulcère cutané à bords décollés à fond nécrotique ;
- La phase de guérison ou phase cicatricielle émaillée de séquelles ankylosantes.

La coexistence chez le même patient de plusieurs phases définit la forme mixte. Lorsque la lésion siège sur des organes différents on parle de formes disséminées

1.2.1.6. Confirmation diagnostique

Le Mycobacterium ulcerans peut-être mis en évidence par la culture, la lecture directe à la coloration de ZN et l'histopathologie. Il existe également des techniques de biologie moléculaire (PCR) qui permettent de faire un diagnostic précis de cette maladie. Mais malheureusement de ces techniques de recherche biologique la plus sure qui est la PCR n'est pas disponible au Togo. Cependant, le Ghana, pays voisins en dispose sur deux sites universitaires très performants et le Togo pourra en faire usage pour la confirmation des cas, il reste maintenant définir les contours et les modalités cette collaboration qui devront être clairement définies.

1.2.1.7. Traitement

Très longtemps la chirurgie était la seule indication de prise en charge de l'ulcère de Buruli. Mais actuellement, on dispose selon un protocole de l'OMS d'un traitement antibiotique efficace associant la Rifampicine et la Streptomycine pour une durée de 8 semaines intercalée par la chirurgie. Une physiothérapie précoce et appropriée une guérison parfaite ou mieux meilleure de l'ulcère de Buruli. Le dépistage et la prise en charge précoce constituent à nos jours les seuls moyens de prévention du moins la prévention des invalidités qui sont très fréquentes en UB.

1.2.1.8. Prévention

Sur le plan préventif, les recherches pour la mise au point d'un vaccin sont en cours. La seule mesure préventive actuellement préconisée est le dépistage précoce et le traitement chirurgical immédiat des lésions débutantes. Une bonne accessibilité à l'eau potable et la promotion de l'hygiène est préconisée.

2. PROBLEMES PRIORITAIRES

Les problèmes liés à la lutte contre l'UB au Togo sont les suivants :

1. Insuffisance d'organisation du réseau de diagnostic et de prise en charge des cas d'UB
2. La proportion de limitation fonctionnelle après traitement est élevée
3. Insuffisance de la formation du personnel et de leur implication dans la PEC
4. Le système de surveillance de routine n'est pas fonctionnel
5. les connaissances de la population sur la maladie sont insuffisantes

Au regard de ces problèmes identifiés, le plan de lutte contre l'ulcère de Buruli de 2008 à 2012 se fixe les objectifs énoncés dans le chapitre ci – dessous :

3. OBJECTIFS DU PROGRAMME

3.1. Objectif général

Le plan stratégique vise à la diminution de la morbidité de l'Ulcère de Buruli et des incapacités résultant de la maladie au Togo de 2008 à 2012

3.2. Objectifs spécifiques

Sur la période de 2008 à 2012, le PNLUB se propose de :

1. Assurer une prise en charge de qualité pour 100% des cas d'UB dépistés au Togo
2. Améliorer le taux de détection des formes précoces d'UB
3. Assurer la mise en œuvre permanente d'une surveillance épidémiologique de routine pour l'UB
4. Améliorer le taux de confirmation biologique des cas à 50%.
5. Renforcer les compétences du personnel de santé sur l'UB
6. Impliquer les relais et responsables communautaires dans les activités d'IEC, suspicion et référence des cas d'UB
7. Mener des activités de recherche opérationnelle en vue de l'amélioration des connaissances sur l'UB

4. STRATEGIES

En rapport avec les stratégies définies par l'OMS, les stratégies prioritaires retenues par le Togo porteront sur les axes suivants :

- Amélioration de l'efficacité et de la fonctionnalité du système de prise en charge
- Renforcement des capacités du personnel
- Mise en place d'un réseau de confirmation biologique
- Prévention des invalidités et réadaptation physique
- Prise en charge sociale des patients UB
- Détection précoce à base communautaire
- Surveillance épidémiologique de routine

Pour garantir l'atteinte des objectifs, les stratégies ci-après devront accompagner la mise en œuvre des précédentes :

- Renforcement de capacité de gestion du Programme et des structures de prise en charge
- Plaidoyer et mobilisation des ressources pour la lutte contre l'UB
- I.E.C./CCC en matière d'UB
- Monitorage et évaluation

A partir de ces stratégies on retient quatre composantes fondamentales ayant besoin de moyens importants pour leur mise en œuvre.

5. COMPOSANTES DE MISE EN ŒUVRE

5.1. Composante stratégique 1 : Renforcement de la gestion du programme et de la prise en charge

5.2.

5.2.1. Objectifs

En 5 ans (2008-2012),

- Améliorer la gestion et la fonctionnalité du PNLUB

- Renforcer les capacités de 80% du personnel socio-sanitaire dans les zones d'endémie
- Assurer la prise en charge complète de 100% des malades de l'UB dépistés
- Réduire le taux d'incapacité lié à l'Ulcère de Buruli à 10%
- Assurer l'insertion sociale de 100% des patients d'ulcère de Buruli

5.2.2. Résultats attendus

- La gestion et la fonctionnalité du PNLUB est assurée
- 80% du personnel socio-sanitaire dans les zones d'endémie est apte à la prise en charge globale de l'UB
- 100% des malades dépistés sont pris en charge
- Le taux d'incapacité lié à l'Ulcère de Buruli est réduit à 10%
- 100% des personnes handicapées suite à l'UB bénéficient d'une réadaptation
- L'insertion sociale de 100 % des patients d'ulcère de Buruli est assurée

5.1.3 Stratégies

Cette composante permet la mise en œuvre des stratégies suivantes :

Sous composante 1.1 : Renforcement de la gestion du programme

- Mise en place d'une cellule de coordination du PNLUB
- Renforcement des capacités organisationnelles du PNLUB :
- Formation initiale et continue pour un renforcement des capacités et supervision du personnel sociosanitaire,
- Monitorage et évaluation des activités de lutte
- Plaidoyer, mobilisation sociale et partenariats

Sous composante 1.2 : Renforcement des structures de prise en charge

- Rénovation/aménagement/construction des infrastructures.
- Renforcement des équipements, de la logistique, de l'approvisionnement en médicaments et consommables

- Mise en place d'un réseau de confirmation biologique
- Prise en charge médicale et chirurgicale
- Prévention des incapacités et réadaptation physique
- Prise en charge sociale et alimentaire des patients UB

5.1.4 : Indicateurs d'évaluation

- Nombre de réunion de coordination réalisé/Nombre prévu
- Couverture sanitaire : proportion de structures de santé équipées pour la prise en charge de l'UB selon les régions endémiques
- Proportion de personnel médical et/ou paramédical formé selon les domaines.
- Proportion de cas sans incapacité après cicatrisation
- Taux de confirmation biologique
- Proportion de personne handicapée par l'Ulcère de Buruli ayant bénéficié d'une réadaptation
- Proportion de patients guéris rescolarisés et/ou réinsérés

5.2.3. Facteurs de réussite

- Un cadre de concertation périodique entre les différents acteurs et partenaires de la lutte contre l'UB est disponible et fonctionnel
- Les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires au fonctionnement du PNLUB et des structures de prise en charge des malades sont disponibles
- La référence des cas vers les structures adéquates est assurée selon les niveaux
- L'alimentation des patients hospitalisés est assurée
- La prise en charge sociale des malades indigents hospitalisés est assurée.

5.3. Composante stratégique 2 : communication et dépistage précoce des cas

5.3.1. Objectifs

- Assurer la Communication pour un Changement de Comportement sur l'UB
- Assurer un dépistage précoce pour au moins 50% des nouveaux cas d'UB

5.3.2. Résultats attendus

- Les connaissances de la communauté sur l'UB sont améliorées.
- Le réseau de dépistage à base communautaire est mis en place dans les zones endémiques
- Au moins 50% des malades d'ulcère de Buruli dépistés sont des catégories 1 et 2[3]

5.3.3. Indicateurs de résultats

- Proportion de nouveaux cas des catégories 1 et 2 dépistés
- Proportion de cas des catégories 1 et 2 référés par le canal communautaire

5.3.4. Facteurs de réussite

Impliquer les tradipraticiens et les ONG locales dans les activités de CCC, dépistage et référence en organisant à leur intention des ateliers de formation/sensibilisation avec leurs associations.

[3] Catégories 1et 2 : lésions uniques de moins de 5 cm de diamètre et lésions uniques de 5 à 15 cm

5.4. Composante stratégique 3 : Notification et enregistrement standardisés par l'utilisation des supports UB01 et UB02 et du logiciel Health Mapper

5.4.1. Objectifs

Mettre en place un système de Surveillance épidémiologique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Résultats attendus

- une notification des cas dépistés est réalisée périodiquement en utilisant les supports appropriés
- une analyse des données informatisées, y compris la cartographie est réalisée, avec rétro information vers le niveau périphérique

5.4.2. Indicateurs de résultats

- Proportion de structures de santé (USP) notifiant des cas (nombre de structures ayant notifié des cas/ nombre total existant)
- Proportion de structures administratives (villages) notifiant des cas (nombre de structures ayant notifié des cas/ nombre total existant)

5.4.3. Facteurs de réussite

- Fonctionnalité du réseau de surveillance épidémiologique existant

Composante stratégique 4 : Recherche opérationnelle

5.4.4. Objectifs

Promouvoir la recherche opérationnelle focalisée sur l'épidémiologie, le diagnostic, le traitement et la prévention de l'ulcère de Buruli.

5.4.5. Résultat attendu

- Des activités de recherche sur l'UB sont effectuées au Togo

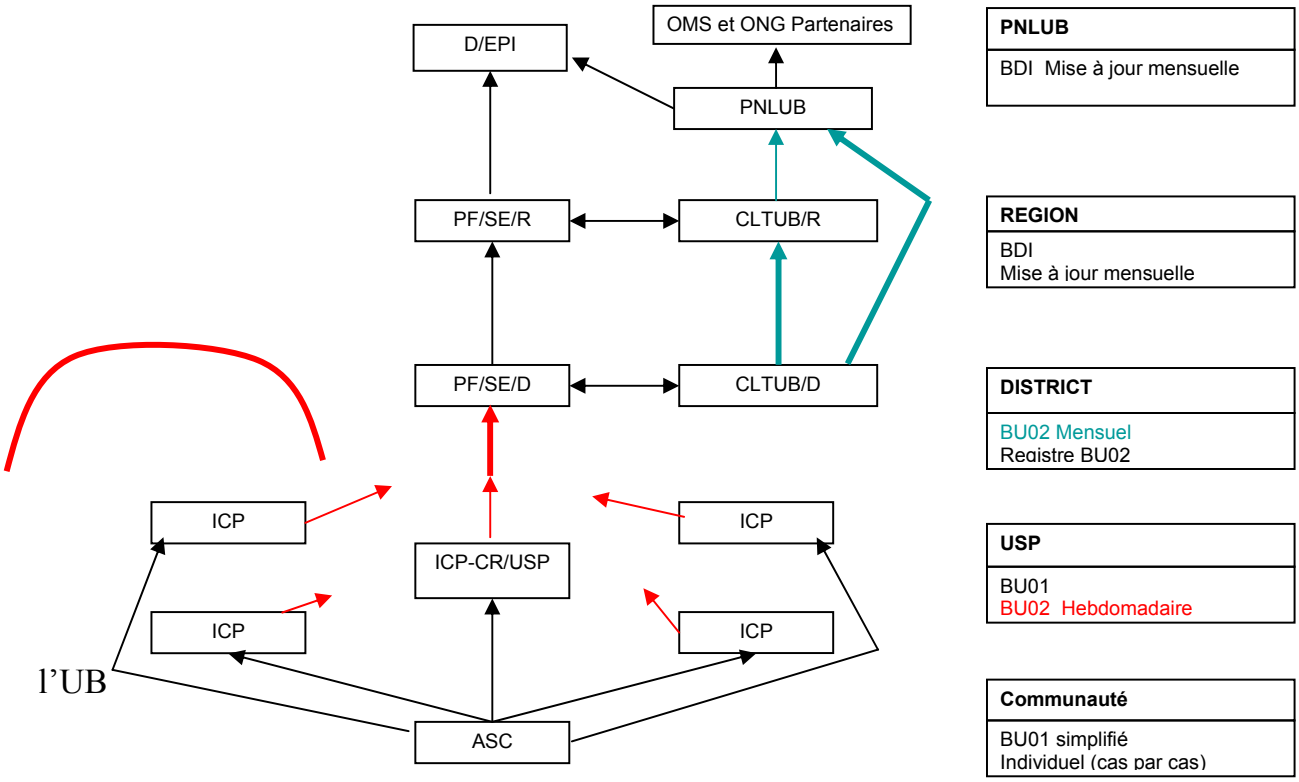
5.4.6. Indicateur d'évaluation

- Nombre de travaux de recherche menés au Togo et soutenus par le PNLUB

5.4.7. Facteur de réussite

Implication du comité d'éthique national dans la sélection et la validation des protocoles de recherche sur

REPRESENTATION SCHEMATIQUE DU CIRCUIT DES DONNEES POUR LA SBC UB



l'UB

6- CADRE LOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES

5.1. Composante stratégique 1 : Renforcement de la gestion du programme et de la prise en charge

Résultats attendus	Activités	Responsable de mise en oeuvre
R1: La gestion et la fonctionnalité du PNLUB est assurée	• Mise en place d'un cadre de concertation du PNLUB (le coordinateur du PNLUB, un représentant du PITRE, un représentant de Tsévié, un représentant d'Afagnan, un représentant de chaque partenaire non gouvernemental clef)	PNLUB
	• Mise en place d'une cellule réduite exécutive dans ce cadre de concertation	PNLUB
	• Organiser des réunions semestrielles de la cellule de coordination	PNLUB
	• Organiser des réunions de coordination exécutive mensuelle + selon les besoins pour une réactivité.	PNLUB
	• Formaliser les Conventions de partenariat avec les ONG	PNLUB/HI/DAHW/PITRE
	• Formaliser une convention avec le programme lèpre tuberculose et PEV	
	• Renforcement des capacités organisationnelles du PNLUB :	
	o Affecter un assistant administratif et financier, un gestionnaire de données,	PNLUB
	o Doter le programme d'une ligne budgétaire correspondant aux besoins du Programme (Equipement, Fonctionnement, Maintenance et Logistique)	PNLUB
	• Evaluation des activités	PNLUB

Résultats attendus	Activités	Responsable de mise en oeuvre
R2: 80% du personnel sociosanitaire dans les zones d'endémie est apte à la prise en charge globale de l'UB **Stratégie 1 : Formation**	• Elaborer/Adapter et éditer un manuel interne de procédures de prise en charge (médical, chirurgicale, PDI) pour le niveau spécialisé et un pour les CHP, CMS et USP	PNLUB
	• Formation initiale et continue pour un renforcement des capacités :	
	o Inclure les curricula de formation sur l'UB dans les écoles de personnel sociosanitaire (Faculté de médecine, ENAM, Ecole des assistants médicaux,, école des sages-femmes)	PNLUB
	o Formation des formateurs sur l'ulcère de Buruli (3 composantes : médicale, chirurgicale et PDI pour les niveaux spécialisés et au niveau des structures périphérique)	PNLUB/PARTENAIRES
	o Organiser des réunions d'équipe multidisciplinaires dans les centres spécialisés de l'UB	RESPONSABLES DES CENTRES
	o Former les agents RBC des zones de forte endémie connues	HI/PITRE/PNLUB
	o Former les contrôleurs lèpre-tuberculose sur l'UB	PNLUB/PARTENAIRES
	o Sensibiliser l'ensemble du personnel des structures spécialisées sur l'UB et les protocoles internes	RESPONSABLES DES CENTRES

Résultats attendus	Activités	Responsable de mise en oeuvre
	○ Assurer la formation à la PEC de l'UB, pour chaque centre spécialisé de PEC : • Un infirmier anesthésiste • Deux kinésithérapeutes (1 pour l'hôpital et 1 pour la PDI au niveau des USP avec les agents RBC) • Un infirmier instrumentiste • Un infirmier panseur • Un personnel de santé spécialisé en prise en charge décentralisée des USP/CMP/CHP	PNLUB/PARTENAIRES
	○ Assurer la formation/recyclages des infirmiers des structures de soins périphériques • au diagnostic de l'UB • prise en charge de l'UB	PNLUB/PARTENAIRES
	○ Assurer la formation d'au moins 2 chirurgiens plasticiens pour le Togo	PNLUB/PARTENAIRES
	○ Assurer la formation/recyclage des techniciens de laboratoire au diagnostic biologique de l'UB	PNLUB/PARTENAIRES
	○ Assurer la formation de deux assistants médicaux à la gestion des données, la statistique et la cartographie	PNLUB/PARTENAIRES
	○ Assurer la formation d'un assistant médicale en santé publique (ou santé communautaire)	PNLUB/PARTENAIRES
	○ Assurer la formation d'un médecin en santé publique	PNLUB/PARTENAIRES
	○ Assurer la formation/recyclage des médecins et CLTUB à la gestion locale des activités d'UB	PNLUB/PARTENAIRES

Résultats attendus	Activités	Responsable de mise en oeuvre
Stratégie 2 : Supervision	• Doter les institutions ci-après d'un véhicule de supervision de type 4x4 : o le PNLUB o le centre de PEC de Tsévié o le centre de PEC d'Afagnan	PNLUB/PARTENAIRES
	• Acquérir des motos o aux centres spécialisés de PEC de l'UB pour le suivi post hospitalier o aux USP qui n'ont pas de motos et qui assurent le traitement médical des cas, et qui n'en disposent pas, pour la recherche active des défaillants	PNLUB/PARTENAIRES
	• Effectuer une supervision régionale et/ou préfectorale, trimestrielle dans les centres périphériques de prise en charge •	DRS/DPS
	• Effectuer une supervision nationale trimestrielle o des centres spécialisés de prise en charge par le coordinateur du PNLUB (prise en charge médicale, chirurgicale, kinésithérapique)	PNLUB/DRS/HI/PITRE
	o des équipes de recueil de données au niveau communautaire et SSP (fiches UB 01 et UB 02)	PNLUB/DRS
R3 : 100% des malades dépistés sont pris en charge	• **Renforcement des structures de prise en charge :** o Rénovation/aménagement/construction des infrastructures : • Hôpital de Tsévié • Hôpital d'Afagnan	PNLUB/PARTENAIRES

Résultats attendus	Activités	Responsable de mise en oeuvre
	○ Affecter le personnel nécessaire dans les structures de spécialisée (Un infirmier anesthésiste, deux kinésithérapeutes, un orthoprothésiste pour certains, un infirmier instrumentiste, un infirmier panseur, un personnel de santé spécialisé en prise en charge décentralisée des USP/CMS/CHP)	PNLUB
	○ Approvisionnement des structures de prise en charge de l'UB en VAT : • Concertation et accord avec le programme national d'épidémiologie • Approvisionnement des structures de santé d'endémie en fonction des besoins.	PNLUB/PEV
	○ Renforcement des équipements, de la logistique, de l'approvisionnement en médicaments et consommables :	PNLUB/PARTENAIRES
	• Equipement des structures de spécialité en : ○ Matériel de chirurgie et stérilisation ○ Matériel de kinésithérapie ○ Appareil Ortho prothétique ○ Imagerie ○ Laboratoire ○ Les nouveaux locaux sociaux ○ Matériel de pansement, consommables ○ Médicaments antibiotiques	PNLUB/PARTENAIRES
	• Equipement des CHP, CMS et USP des zones d'endémie en commençant par les structures drainant les villages du long du fleuve Haho : ○ Matériel de pansement ○ Médicaments antibiotiques	PNLUB/PARTENAIRES

Résultats attendus	Activités	Responsable de mise en oeuvre
	o Lister les équipements de base nécessaire à mettre au niveau communautaire/USP pour permettre de faire la prévention des incapacités des patients traités à ce niveau	PNLUB/HI/PITRE
	o Equipement de ces niveaux communautaires/USP des zones de forte endémie avec cette liste	PNLUB/HI/PITRE
	o Evaluation des besoins en structures de prise en charge dans les autres régions du pays après évaluation épidémiologique.	PNLUB/PARTENAIRES
	o Mise en place des mêmes activités dans les structures de santé élues pertinentes	PNLUB/PARTENAIRES
	• **Mise en place d'un réseau de confirmation biologique :**	
	o Mise à disposition de matériel de prélèvements et milieux de transport	PNLUB/PARTENAIRES
	o Renforcement de l'organisation de l'examen direct	PNLUB/PARTENAIRES/DRS/DPS
	o Mise en place du contrôle qualité	PNLUB/PARTENAIRES/DRS/DPS
	• **Organiser la prise en charge médicale et chirurgicale et la référence au niveau des centres spécialisés et des centres périphériques :**	
	o Assurer l'application du protocole SR de l'OMS et des protocoles internes	PNLUB/CENTRES DE PRISE EN CHARGE
	o Assurer la chirurgie pour les patients qui en ont besoins	CENTRES DE REFERENCE
	o Organiser la supervision des soins médicaux et de la référence dans les centres périphériques par le personnel spécialisé, de façon hebdomadaire	CENTRES DE REFERENCE/CLTUB

Résultats attendus	Activités	Responsable de mise en oeuvre
	○ Organiser la supervision des soins PDI dans les centres périphériques par le kinésithérapeute, de façon hebdomadaire ○ Doter les centres de PEC en carburant pour le transport des cas référés et les supervisions hebdomadaires	HI/PITRE/PNLUB PNLUB/PARTENAIRES
R4 : Le taux d'incapacité lié à l'Ulcère de Buruli est réduit à 10%	• Agrandir le service de physiothérapie de Tsévié • Doter le centre de Tsévié et autres à construire en matériel de kinésithérapie et de physiothérapie en fonction des besoins • Renforcer l'intégration de la physiothérapie dans le processus de soins des patients UB, aussi bien en hospitalier, qu'en ambulatoire • Appliquer les protocoles de PDI • Approvisionner les services de kinésithérapie en consommables de kinésithérapie et de prostration • Organiser la PDI en décentralisé par le kinésithérapeute assisté des agents RBC • Organiser la supervision trimestrielle des équipes de Kinésithérapie des centres de PEC de l'UB	PNLUB/PARTENAIRES PNLUB/HI/PITRE PNLUB/HI/PITRE PNLUB/HI/PITRE PNLUB/HI/PITRE PNLUB/HI/PITRE PNLUB/HI/PITRE
R5 : 100% des personnes handicapées suite à l'ulcère de Buruli bénéficient d'une réadaptation	• Acquérir pour les personnes handicapées du matériel de réadaptation (prothèse, orthèse, tricycle, béquilles, etc...) dans les centres spécialisés en réadaptation	PNLUB/HI/PITRE
	• Organiser des missions de chirurgie réparatrice au profit des patients porteurs d'incapacité	PNLUB/PARTENAIRES
	• Organiser la prise en charge des personnes handicapées dans les centres spécialisés dotés de structures de réadaptation (CNAO, Afagnan, etc.)	PNLUB/HI/PITRE

Résultats attendus	Activités	Responsable de mise en oeuvre
R6 : L'insertion sociale de 100 % des patients d'ulcère de Buruli est assurée	• Installer une bibliothèque dans chaque centre de PEC de l'UB (espace social, mobilier, livres) Assurer la formation continue, en cours d'hospitalisation pour les élèves hospitalisés Assurer l'écolage et ou l'apprentissage d'un métier pour les patients en incapacité des suites de l'UB • Assurer la réintégration scolaire, sociale et professionnelle après hospitalisation • Assurer l'écoute psychologique des patients atteints de l'UB	PNLUB/PARTENAIRES PNLUB/PARTENAIRES PNLUB/PARTENAIRES PNLUB/PARTENAIRES

5.2. Composante stratégique 2 : communication et dépistage précoce des cas

Objectif spécifique 2.1: Assurer la communication pour le changement de comportement

Résultats	Activités	Responsable de mise en œuvre
R2.1.1: Les connaissances de la communauté sur l'UB sont améliorées.	• Doter chaque région sanitaire et district d'équipement audio-visuel de sensibilisation • Editer de façon périodique les outils de sensibilisation (dépliants, affiches...) selon les besoins • Réaliser une session annuelle de sensibilisation des principales cibles par zone endémique • Effectuer des tournées annuelles de sensibilisation de proximité grand public dans les zones endémiques • Réaliser et diffuser des émissions éducatives sur l'UB à travers les média (Radio communautaires, TV….)	PNLUB/PARTENAIRES/SNIEC PNLUB/PARTENAIRES/SNIEC DRS/DPS DRS/DPS PNLUB/DRS/DPS/SNIEC

Résultats	Activités	Responsable de mise en œuvre
	• Animer des séances de sensibilisation routinières par les ASC et les ICP dans les villages et écoles	ICP/ASC

Objectif spécifique 2.2 : Assurer le dépistage précoce des cas d'UB

Résultats	Activités	Responsable de mise en œuvre
R2.2.1 un réseau de dépistage à base communautaire est mis en place dans les zones endémiques	• Former 2 ASC par canton (ou 1 ASC par village) pour un dépistage actif • Sensibiliser les partenaires sociaux[4] pour un dépistage précoce de l'UB	DPS/DRS DPS/DRS
R2.2.2: Au moins 50% des malades d'UB dépistés sont de la catégorie 1	• Tenir une réunion trimestrielle de bilan et de planification entre les CLTUB et les ICP, ASC et les centres de PEC • Effectuer une campagne trimestrielle de dépistage avec les ASC et les ICP • Réaliser une tournée trimestrielle des CLTUB pour la validation des données de dépistage	DPS/DRS DPS/DRS DPS/DRS

[4] Enseignants, tradipraticiens, chefs de canton, chefs de villages, chefs religieux, ONG locales, etc ….

Objectif spécifique 3.1 : Mettre en place un système de Surveillance épidémiologique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

5.3. Composante stratégique 3 : Notification et enregistrement standardisés par l'utilisation des supports UB01 et UB02 et du logiciel Health Mapper

Résultats attendus	Activités	Responsable de mise en œuvre
R3.1.1 la notification des cas dépistés est mensuelle en utilisant les supports adéquats	• Doter les ASC, ICP, les CLTUB et points focaux des Hôpitaux Préfectoraux ou régionaux en support de notification selon le niveau • Remplir une fiche UB01 simplifiée pour chaque cas référé par le réseau communautaire • Remplir une fiche UB01 pour tous cas d'UB diagnostiqués dans les formations sanitaires • Assurer la collecte hebdomadaire des données de dépistage de cas d'UB par les chefs de réseau de surveillance épidémiologique des districts avec une page de registre UB02 • Enregistrer tous les cas UB du district dans le registre UB02 au niveau de la préfecture • Transmettre, mensuellement les copies des pages UB02 du district vers la région et la coordination nationale du programme	PNLUB ASC ICP et points focaux des Hôpitaux Préfectoraux ou régionaux Chefs de réseau de surveillance épidémiologique CLTUB du district CLTUB du district
R3.1.1 une analyse des données informatisées, y compris la cartographie est réalisée, avec rétro information vers le niveau périphérique	• Doter le CLTUB régional d'outil informatique y compris l'accès à l'Internet pour la gestion des données • Former un gestionnaire de données au niveau régional et national, à la statistique de base et à l'utilisation des logiciels Health Mapper et autres logiciels de gestion de donnée • Maintenir à jour la base de données informatisée aux niveaux régional et national	DISER/PNLUB/PARTENAIRES PNLUB/PARTENAIRES GESTIONNAIRE DE DONNEES

5.4. Composante stratégique 4 : Recherche opérationnelle

Objectif spécifique 4.1 : Promouvoir la recherche opérationnelle focalisée sur l'épidémiologie, le diagnostic, le traitement et la prévention de l'ulcère de Buruli

Résultats	Activités	Responsable de mise en œuvre
R4.1.1 : des activités de recherche sont effectuées	• Impliquer des chercheurs nationaux dans la recherche sur l'UB au Togo	PNLUB
	• Appuyer la mise en œuvre des protocoles de recherche validés par le comité d'éthique national • Obtenir des abonnements aux revues scientifiques internationales et alimenter une bibliothèque scientifique informatisée • Faire participer le Togo aux réunions du GBUI et aux colloques internationaux de santé Publique, d'épidémiologie, de chirurgie plastique et/ou de dermatologie	PNLUB PNLUB PNLUB

RECOMMANDATIONS

L'atelier de validation et d'adoption des documents de politique nationale et du plan stratégique de lutte contre l'UB au TOGO qui a eu lieu du 1er au 3 Aout 2007 à la FOPADESC à Lomé :

- Considérant que l'UB est un problème de santé publique au Togo particulièrement dans la région maritime
- Considérant que après la conférence de Yamoussoukro en 1998 un Programme National de Lutte contre l'UB a été crée depuis 1999 au TOGO
- Considérant que pour des raisons multiples le PNLUB du TOGO n'a pas connu des résultats satisfaisants
- Vu l'engagement solennel du gouvernement du Togo à travers le Ministre d'Etat, Ministre de la Santé de soutenir le PNLUB
- Vu l'engagement de l'OMS, de HI et de la DAHW de soutenir le PNLUB

Recommande :

A l'endroit du Ministère de la Santé :

1- Affecter les ressources humaines minimales au fonctionnement du PNLUB à savoir un assistant et une secrétaire
2- Doter le PNLUB d'une ligne budgétaire
3- Doter l'hôpital de Tsévié et d'Afagnan des ressources humaines, matérielles, logistiques et financières nécessaire à la prise en charge de l'UB ainsi qu'à la mise en œuvre des activités de lutte contre l'UB

A l'endroit du PNLUB

4- La mise en œuvre diligente des activités prévues dans le plan stratégique adopté lors des présentes assises
5- Capitaliser les expériences des programmes nationaux de lutte contre l'UB des pays voisins

A l'endroit de l'OMS et des partenaires

Apporter un appui technique, logistique et financier à la mise en œuvre du plan stratégique de l'UB au Togo

Les participants tiennent en outre à exprimer leurs vifs remerciements :

- Au Gouvernement du TOGO
- La compagnie pharmaceutique SANOFI AVENSIS
- HI
- DAHW
- A la coopération Française
- L'OMS

Pour avoir soutenu l'organisation des présentes assises.

Fait à Lomé le 3 Aout 2007
L'Atelier

LISTE DES ARTICIPANTS A L'ATELIER DE PLANIFICATION
LIEU : AUBERGE FOPADESC, AGOENYIVE
DATE : 01/08/2007

N° ORDRE	Nom et Prénoms	Fonction	Institution	Contact	Email
1	Mr SOLI Pawinéma	Assistant d'Hygiène d'Etat	SNIEC	221 36 87 927 75 11	
2	Mr AGBOVI K, Vincent	Consultant	Université de Lomé	903 80 85 235 65 31	agbokwak@yahoo,fr
3	Dr NASSOURY Danladi	Médecin, Chef Sce Epidémiologie	MS/DSSP	922 34 97 221 41 94	dinassoury@yahoo,fr
4	Dr BOTCHI Djababou	Médecin	SNJJA	221 221 17 902 36 60	
5	Mr DOSSAVI Amah	Interprète	HANDICAP INTERN,	949 89 36	bonadoss2000@yahoo,fr
6	Mr WILLIAM Opare	Surveillance Officer	NBUCP-Ghana	00233 2168 6337	oparew@yahoo,com
7	Mr EDWIN Ampadu	Prog, Manager, NBUCP	"	00223 20 8167962	ghanbu@4u,com,gh
8	Dr AMEKUSE Komi	Conseiller Médical	DAHW-Togo	223 22 30 945 43 47	amekofe@yahoo,fr
9	Mr BOLY Koffi Messan	Directeur ONG	ORHAPEF & J	332 10 25 915 50 81	bolkofmens@yahoo,fr
10	Mr TCHANI W, Bana	Kinésithérapeute	PITR/CNAO	909 94 79	

11	Mr BOTCHONA Essowè	Journaliste	SNIEC	924 80 31	
12	Mr CHAOLD J Kossi	Représentant Chef-Canton	Canton Afagnan	938 74 58	
13	Mr KOUASSI Koamé	Chef DISER	DGS/MS-Togo	221 36 48	disertogo@yahoo,fr
14	Dr JIMONGOU Sambiani Pierre	Médecin, Chef Programme	DSSP	220 08 25 904 74 28	jimongou@yahoo,fr
15	Mr BABA Kuizian	Directeur ONG	AGIR PLUS - TSEVIE	330 42 94 921 39 73	agirplus,info@yahoo,fr
16	Mr KOUSSADE Akollysseh	Directeur	CHR-Tsévié	330 41 35 903 76 43	koussange@yahoo,fr
17	Mr DOSSOU M, Léopold	Médecin	Division Epidémiologie	221 41 94 906 94 46	leopoldo@yahoo,fr
18	Dr LASSISSI Kassaliou	Médecin Chirurgien	CHR- Tsévié	330 46 54 929 82 08	lassissikasaliou@yahoo,r
19	Mr DAVON Comlanvi	Chef Sce Régional Planification	DRS-Maritime/Tsévié	330 43 37 904 12 72	cdavon2001@yahoo,fr
20	Mr HEGNON Komi Delako	Chargé Rég, Lèpre/Tuberc,/UB	DRS-Maritime	330 43 37 909 34 01	hegnomichel@yahoo,fr
21	Dr AGBOBLI Kossi	Médecin, DPS/ZIO	DPS /Zio	330 40 18 905 56 10	agboblifiagan@yahoo,fr
22	Dr TOKE Yaovi	Médecin, DPS-LACS	DPS-LACs	331 01 04 919 68 08	tokeyaovi@hotmail,com

23	Dr AHODEGNON Pascal	Medecin/CHR		332 10 02	frapascal@fatebenefratelli,it

			Hôpital ST Jean Afagnan	979 34 92	
24	M OURO-TAGBA Sévérin	Infirmier	Hôpital ST Jean Afagnan	332 10 02 935 67 93	hopital_afagnan@yahoo,fr
25	Dr NOMENYO D, Akpédzé	Me, P, H,	Ministère de la Santé	221 02 41 914 41 90	nomenyo2001@yahoo,fr
26	Mr JOUINEAU Jean-Marie	Directeur Technique	H, I, LYON	FRANCE	jmjouineau@handicap-international,org
27	Mr WEDEMANN Franz	Représentant	DAHW-Togo	Centre Dermatologie	franz-wedemann@gmail,net
28	Dr SOPOH Ghislain	Médecin	CDTUB - Allada (Bénin)	00229 90 90 33 79	ghislainsop@yahoo,fr
29	Dr JONHSON Roch Christian	Médecin	PNUV/BENIN	00229 90 96 761	rochjonhson@yahoo,fr
30	Dr TIENDREBEOGO Alexandre	LEP-UB-OMS AFRO	OMS	BP : 820 Libreville GABON	tiendrebeogoa@ga,afro,who,int
31	Dr PASQUIER Estelle	Méd Conseillère pour les maladies invalidantes HI	HANDICAP INTERN,	LYON/France	epasquier@handicap-international,org
32	Mr BIAOU Aboudou	Adjoint Ref, echn, Read HI	HANDICAP INTERN,	Norissi	biaouaboudou@yahoo,fr

33		Enseignant CIREL/VB	Rapporteur	BP : 20752-Lomé	soundegla@gmail,com

	Mr AKPAGNONITE Soundégla D,				
34	Dr ATTISSO Kossi Semenu	Coordonnateur PNLUB/TOGO	Ministère de la Santé	BP : 386 - Lomé	attissoben@yahoo,fr
35	Dr Jérôme AGBEKOU	DPC, OMS/TOGO	OMS/TOGO	919 61 71	agbekouj@tg,afro,who,int
36	Mr WATEBA Ihou	HIP/OMS	OMS/TOGO	221 33 60/ 901 43 95	watebai@tg,afro,who,org,in
37	AWOKOU Fantchè	Prog, NationalLutte contre Lèpre/Tuberculose	MS/PNLT	223 22 30/ 909 45 63	awokouf@yahoo,fr
38	DINIKPIROU Afoua	Secrétaire d'Administration	DAC/MS	221 38 01/ 905 29 93	marieclaireafoua@yahoo,fr
39	Prof Daniel BOAKYE	Senior Research Fellow	NMIMR, GHANA	00233 21 50 11 78	dboakye@noguchi,mimcom,net
40	Denis A. Yawovi GADAH	Chef de Projet UB	Handicap International	2260156/ 9110890	cdpub@hi-togo.org

CONCLUSION GENERALE

L'atelier de validation du plan stratégique et de la politique Nationale du Togo pour la lutte contre l'ulcère de Buruli, du 1er au 03 aout 2007 a accouché d'une base solide, on peut le dire, qui puisse engager sérieusement les autorités nationales et les acteurs nationaux de la santé dans une lutte efficace contre l'ulcère de Buruli. Pendant trois jours, ils ont :

1- Passé en revue les actes et dispositions internationaux relatifs à l'appréhension de l'épidémie,

2- Echangé les expériences que chacun capitalise dans le domaine de la gestion politique, sociale et médicale de ladite maladie, spécialement au Bénin, au Ghana, au Burkina Faso, puis au Togo,

3- Passé au peigne fin les documents de politique et plan stratégique National de lutte contre l'ulcère de Buruli, élaborés par les spécialistes togolais, en vue d'en dégager une forme conséquente qui prenne en compte des réalités togolaises et internationales liées à l'épidémie.

Au terme des trois jours, les experts nationaux et internationaux on validé les documents en projets présentés par le Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli. Au terme de trois jours de travaux, ils ont doté le Togo d'un mécanisme de lutte contre l'endémie, composé de :

- Un plan stratégique de lutte, avec à la clé un plan quinquennal
- Un document de politique nationale de lutte contre la maladie.

Quand aux organisations Internationales, elles ont exprimé leur satisfaction par rapport à cette Importante avancée réalisée par le Togo. Chacune d'elles a exprimé de façon particulière son engagement aux côtés du Togo dans cette lutte :

- Handicap International et la DAHW ont promis le renforcement de leurs actions contre les maladies invalidantes, y faisant par spécial pour la lutte contre l'UB.
- L'OMS a concrétisé son engagement par la décision immédiate d'affecter un véhicule tout-terrain au directeur du programme national. Son action se renforcera lorsque le plan quinquennal sera finalisé et sera officiellement présenté à l'OMS.